

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Evaluación de la eficacia de un programa de intervención psicológica
para el tratamiento del consumo de drogas en menores infractores y su
influencia en la reincidencia delictiva**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Álvaro Fernández Moreno

Directores

**José Luis Graña Gómez
Natalia Redondo Rodríguez**

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**Evaluación de la eficacia de un programa de
intervención psicológica para el tratamiento del
consumo de drogas en menores infractores y su
influencia en la reincidencia delictiva**

Tesis doctoral

Álvaro Fernández Moreno

Directores

Dr. José Luis Graña Gómez

Dra. Natalia Redondo Rodríguez

2015

Agradecimientos

A mis maestros, al Catedrático Dr. José Luis Graña Gómez y la Dra. Natalia Redondo Rodríguez, directores de la presente tesis doctoral, por su constante paciencia e interés y a Carlos Benedicto Luque por ser ejemplo y guía.

A la dirección del Centro de Ejecución de Medidas Judiciales Teresa de Calcuta, lugar de desarrollo del presente estudio, por confiar en mi trabajo y dotarme de las herramientas necesarias para poder influir en el cambio de los adolescentes allí internados.

A la dirección de la Agencia para la Reinserción y Reeducción del Menor Infractor de la Comunidad de Madrid, con mención especial a Asela López y a Luis González Cieza, por apostar por la constante mejora de los programas de intervención terapéuticos.

Al amor de mi vida, Rocío, por ser mi sustento y mi alegría y a la pequeña Carlota por regalarme tantos sueños y esperanzas.

A mis padres y hermanos por apostar en todo momento por mi formación; por no tirar la toalla en mi adolescencia; por ser ejemplo de vida; por mostrarme el valor de la constancia; por enseñarme que es escuchar, educar y respetar. Os lo debo todo.

A esos amigos que perduran en el tiempo y que están por encima de todo, Borja, Alberto, Pedro, Javier, Francisco Javier, Iñigo, Faustino, Sergio, Julito, Jorge...

A mis compañeros de batalla, educadores, tutores, trabajadores sociales, psicólogos y juristas, que desde el trabajo de campo comparten el mismo sueño de cambiar el mundo a través de nuestro trabajo. Enormes profesionales que sacan lo mejor de ellos mismos para entregárselo a los demás.

ÍNDICE

Synopsis.....	1
Resumen.....	7

PARTE PRIMERA

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Capítulo 1. Conceptualización de las drogas

1.1. Definición de droga	17
1.2. Uso y hábito	18
1.3. Abuso	18
1.4. La dependencia	20
1.5. La drogodependencia	20
1.6. La tolerancia	25
1.7. Síndrome de abstinencia	26
1.8. Intoxicación	28
1.9. Vías de administración.....	29
1.10. Clasificación y tipos de drogas	30
1.10.1. Drogas estimulantes del sistema nervioso	32
1.10.2. Drogas depresoras del sistema nervioso	38
1.10.3. Drogas que alteran la conciencia	46
1.11. Últimas tendencias en consumo, drogas emergentes y legal highs	54

Capítulo 2. Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes

2.1. Definición de prevalencia y fuentes de información	59
2.2. Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes europeos.....	60
2.3. Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes españoles.	67
2.4. Prevalencia de consumo en menores infractores	78

Capítulo 3. Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes

3.1. Definición de factor de riesgo y de protección	87
3.2. Factores riesgo individuales	89
3.2.1. Rasgos psicológicos y conductuales	89
3.2.2. Rasgos de personalidad	91
3.2.3. Factores biológicos.....	92
3.3. Factores riesgo ligados a las relaciones con iguales	94
3.4. Factores de riesgo familiares.....	96
3.5. Factores riesgo escolares	99
3.6. Factores riesgo sociales	101
3.7. Factores de protección.....	102

Capítulo 4. Instrumentos de evaluación del consumo de drogas en la adolescencia

4.1. Instrumentos de cribado	112
4.2. Instrumentos de evaluación integral.....	116
4.2.1. Entrevistas diagnósticas	116
4.2.2. Entrevistas centradas en el problema	117
4.2.3. Cuestionarios multiescala.....	121
4.3. Instrumentos de valoración de las expectativas	125
4.4. Instrumentos de evaluación del problema y disposición al cambio .	127
4.5. Instrumentos para la planificación del tratamiento	129
4.6. Métodos de evaluación de programas de intervención	129

Capítulo 5 Intervenciones específicas sobre el consumo de drogas en adolescentes

5.1. Programas de prevención	135
5.2. Programas de tratamiento.....	145
5.2.1. Terapia cognitivo-conductual.....	145
5.2.1.1. Teoría conductual	146
5.2.1.2. Teoría cognitiva.....	148
5.2.1.3. Teoría cognitivo-social.....	150
5.2.2. Entrevista motivacional.....	153
5.2.3. Terapia familiar	163
5.2.3.1. Terapia multisistémica	164

5.2.3.2. Terapia de familia breve y estratégica	168
5.3. Eficacia de los programas de tratamiento	170

PARTE SEGUNDA

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Capítulo 6. Objetivos e hipótesis

6.1. Objetivos	185
6.2. Hipótesis	186

Capítulo 7. Método

7.1. Participantes	189
7.2. Diseño	190
7.3. Medidas	194
7.4. Procedimiento	197
7.4.1. Redacción del programa de tratamiento	197
7.4.2. Aplicación	204
7.4.3. Análisis estadísticos	208

Capítulo 8. Resultados del estudio

8.1. Estudio descriptivo	213
8.1.1. Descripción general de la muestra	213
8.1.2. Características delictivas	214
8.1.3. Características específicas medidas por el HCS-J	217
8.1.3.1. Características familiares	217
8.1.3.2. Características escolares	223
8.1.3.3. Características del grupo de iguales	226
8.1.3.4. Características de personalidad y conducta	233
8.1.3.5. Intervenciones previas en el tratamiento del consumo ...	235
8.2. Evaluación de la eficacia del tratamiento	237
8.2.1. Características de consumo de la muestra	237
8.2.2. Índice de gravedad del consumo medido por el T-ASI	239
8.2.3. Estudio de eficacia del tratamiento	244

8.3. Análisis de la evolución del Factor de Riesgo total del IGI-J a lo largo del internamiento.	251
8.4. Estudio de la reincidencia delictiva.....	256
8.4.1. Diferencias en factores del IGI-J en pre-tratamiento en función de la reincidencia delictiva.....	257
8.4.2. Estudio de la reincidencia delictiva en función de distintas variables del HCS-J	257
8.4.3. Estudio de la reincidencia delictiva en función del grupo de pertenencia: experimental y control	264
8.4.4. Estudio de la reincidencia en función de las variables del T-ASI en el pos-tratamiento	265
 Capítulo 9. Discusión	
9.1. Característica de la muestra: factores de riesgo y variables clínicas relevantes.....	269
9.2. Eficacia del programa de tratamiento.....	277
9.3. Eficacia del programa sobre la reincidencia delictiva.....	284
9.4. Consideraciones futuras	288
 Referencias bibliográficas.....	 291
 Anexos	 323
T-ASI.....	325
Protocolos de evaluación durante el tratamiento.....	340
IGI - J	343
HCS-J	354

ÍNDICE DE TABLAS

Capítulo 1. Conceptualización de las drogas

1.1. Criterios para el abuso de sustancias DSM-IV-TR.....	19
1.2. Criterios para la dependencia de sustancias. DSM-IV-TR.....	21
1.3. Síndrome de dependencia DSM-IV-TR	24
1.4. Síndrome de abstinencia CIE X.....	27
1.5. Criterios para la abstinencia de sustancias DSM-IV-TR	27
1.6. Intoxicación aguda CIE X.....	28
1.7. Criterios para la intoxicación por sustancia DSM-IV-TR	29
1.8. Efectos derivados del consumo de sustancias.....	31
1.9. Drogas estimulantes del sistema nervioso central	36
1.10. Criterios para el Trastorno por consumo de estimulantes DSM-5...37	
1.11 Criterios para abstinencia de estimulantes DSM-5.....	37
1.12. Criterios para la intoxicación por estimulantes DSM-5.....	38
1.13. Criterios para el Trastorno por consumo de opiáceos DSM-5.....	40
1.14. Criterios para la intoxicación por opiáceos DSM-5.....	41
1.15. Criterios para abstinencia de opiáceos DSM-5.....	41
1.16. Criterios para el Trastorno por consumo de alcohol DSM-5.....	43
1.17. Criterios para la intoxicación por alcohol DSM-5.....	44
1.18. Criterios para abstinencia de alcohol DSM-5	44
1.19. Sustancias depresoras del sistema nervioso central	45
1.20. Criterios para el Trastorno por consumo de cannabis DSM - 5.....	48
1.21. Criterios para la intoxicación por cannabis DSM - 5.....	49
1.22. Criterios para abstinencia de cannabis DSM - 5.....	49
1.23. Drogas que alteran la conciencia	52
1.24. Criterios para el Trastorno por consumo de alucinógenos DSM-5. 53	
1.25. Criterios para la intoxicación por alucinógeno DSM-5	54

Capítulo 2. Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes

2.1. Droga principal de abuso en menores infractores.....	79
2.2. Porcentaje de consumo en menores infractores Vs población normal	80
2.3. Problemática familiar asociada.	81
2.4. Consumo de drogas en el último año.....	82

2.5. Prevalencia de consumo en infractores Vs escolares.	84
---	----

Capítulo 5 Intervenciones específicas sobre el consumo de drogas en adolescentes

5.1. Número de participantes en programas de prevención 2008-2011 ..	144
5.2. Resumen de los estudios evaluados en Waldron y Turner (2008) ..	131

Capítulo 7. Método

7.1. Apartados de IGI-J.	196
7.2. Apartados del HCS-J.	197
7.3. Módulos y sesiones del programa de intervención	199
7.4. Objetivos generales del programa de intervención	201

Capítulo 8. Resultados del estudio

8.1. Distribución de la muestra según grupo experimental o control.....	213
8.2. Edad de los participantes	213
8.3. Nacionalidad de los participantes	214
8.4. Número de sanciones leves/graves	217
8.5. Composición familiar	218
8.6. Tipo de familia	218
8.7. Problemática familiar	218
8.8. Tipo de paternidad	219
8.9. Actividad económica familiar	219
8.10. Número de hermanos	220
8.11. Lugar que ocupa dentro de los hermanos	220
8.12. Procedencia de los padres	221
8.13. Estilo educativo de los padres	221
8.14. Intervención social dentro del núcleo familiar	221
8.15. Miembros de la familia con los que se realizó la intervención	222
8.16. Nivel socioeconómico y cultural de las familias	222
8.17. Rol de los participantes en su grupo relacional	227
8.18. Ir a pubs, bares o discotecas	228
8.19. Estar en la calle, plazas o parques	228
8.20. Estar en la calle bebiendo o fumando	228
8.21. Ir al cine o al teatro	229

8.22. Practicar deportes.....	229
8.23. Practicar deportes de riesgo	229
8.24. Ir a conciertos o eventos deportivos	230
8.25. Ir a casa de amigos o familiares.....	230
8.26. Participar en una asociación o grupo	230
8.27. Ir de excursión	231
8.28. Salir al campo de acampada.....	231
8.29. Realizar actividades culturales.....	231
8.30. Estar en la calle	233
8.31. Pasar el tiempo en centros comerciales	233
8.32. Porcentaje de prevalencia de consumo de drogas en la muestra ...	238
8.33. Estudio de las sub-escalas de la prueba T-ASI	239
8.34. Medias de los grupos de pacientes en el pretatamiento y en el postratamiento y resultados del ANOVA sobre dichas medias	246
8.35. Cambios pre-postratamiento en cada grupo de pacientes	247
8.36. Medias de los grupos en variables de consumo de drogas en el pretatamiento y en el postratamiento y resultados del ANOVA	248
8.37. Cambios en el consumo entre el pretratamiento y el postratamiento en cada grupo de pacientes	249
8.38. Evolución del Factor del IGI-J Riesgo total a lo largo del tiempo	252
8.39. Evolución del Factor del IGI-J Riesgo en delitos a lo largo del tiempo	252
8.40. Evolución del Factor del IGI-J Riesgo en consumo a lo largo del tiempo	253
8.41. Evolución del Factor del IGI-J Riesgo en pautas educativas a lo largo del tiempo	253
8.42. Evolución del Factor del IGI-J Riesgo en el ocio y diversión a lo largo del tiempo	254
8.43. Evolución del Factor del IGI-J Riesgo educación y empleo a lo largo del tiempo	254
8.44. Evolución del Factor del IGI-J Riesgo de personalidad y conducta a lo largo del tiempo	255
8.45. Evolución del Factor del IGI-J Riesgo en relación con iguales a lo largo del tiempo	255

8.46. Evolución del Factor del IGI-J Riesgo en actitudes, creencias y valores a lo largo del tiempo	256
8.47. Reincidencia delictiva y diferentes factores de IGI	257
8.48. Reincidencia delictiva y edad.....	258
8.49. Reincidencia delictiva y tipo de medida	258
8.50. Reincidencia delictiva y tipología de familia.....	259
8.51. Reincidencia delictiva y nivel socioeconómico familiar.....	259
8.52. Reincidencia delictiva y nivel cultural familiar	260
8.53. Reincidencia delictiva y falta de relaciones sociales	261
8.54. Reincidencia delictiva y amistades normalizadas	261
8.55. Reincidencia delictiva y amistades disociales.....	262
8.56. Reincidencia delictiva y pertenencia a grupo violento.....	262
8.57. Reincidencia delictiva y pertenencia a banda	263
8.58. Reincidencia delictiva y grupo de amistades mayores.....	263
8.59. Reincidencia delictiva y grupo	252
8.60. Reincidencia delictiva y diferentes medidas de la prueba T-ASI tras el internamiento	259

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Capítulo 7. Método

7.1. Cronograma de la intervención en el Centro Teresa de Calcuta.	205
---	-----

Capítulo 8. Resultados del estudio

8.1. Duración de las medidas	214
8.2. Porcentaje de la tipología de delitos cometidos	215
8.3. Porcentaje de las medidas según el régimen	215
8.4. Porcentaje de Internamientos previos	216
8.5. Porcentaje de número de delitos.....	216
8.6. Porcentaje escolarización	223
8.7. Porcentaje de nivel curricular.....	223
8.8. Porcentaje de absentismo escolar	224

8.9. Porcentaje abandono	224
8.10. Porcentaje de repetidores	224
8.11. Porcentaje de rendimiento en actividades formativas.....	225
8.12. Porcentaje de comportamientos disruptivos en ámbito escolar.....	225
8.13. Porcentaje de grupos relacionales	226
8.14. Porcentaje calidad percibida en sus relaciones	227
8.15. Comisión delito.....	232
8.16. Consumo de drogas.....	232
8.17. Porcentaje de conductas violentas en el último año.	234
8.18. Porcentaje prevalencia de características de personalidad	234
8.19. Porcentaje de la eficacia de tratamientos previos	235
8.20. Porcentaje de gravedad del problema de consumo de drogas.	240
8.21. Porcentaje de gravedad del problema escolar.....	241
8.22. Porcentaje de gravedad del problema laboral - sustento vital	241
8.23. Porcentaje de gravedad de problemática familiar.....	242
8.24. Porcentaje de gravedad del problema social - grupo de iguales	242
8.25. Porcentaje de gravedad de la problemática situación legal	243
8.26. Porcentaje de gravedad de la problemática en salud mental	243

Capítulo 9. Discusión

9.1. Puntuaciones medias de problemas asociados al consumo de drogas pre y post tratamiento en grupo experimental y control	278
9.2. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) para la escala T- ASI problemas asociados al consumo de drogas en cada uno de los grupos .	279
9.3. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) para el consumo de drogas en cada uno de los grupos.	280
9.4. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) para variables medidas por la prueba T-ASI en cada uno de los grupos.....	282

SYNOPSIS

One of the main conclusions which can be reached of the research developed in the last years about the drug use and delinquency in youth is that significant risk factors for substance use and antisocial behavior are not very different throughout the individual's progress. This is the reason why being at a risk situation for one of them is such as being at a risk situation for the other as well (McMurran, 2006).

Recent studies made to determinate the prevalence of the drug use by young offenders show a much higher rate of drug use than in the general population (Velilla, 2013). It can not only be highlighted that the prevalence is bigger but also that the severity of incurred problems due to drug use in the offender population is even more severe. Besides, according to Cerón's description (2013), there are significant differences between young offenders and normal population regarding to the tendency for the abuse of substances.

In Spain, those professionals who worked in the field of juvenile delinquency have the obligation of implementing the requirements established according to the Law of Criminal Responsibility of Minors, L-5/2000 (Official State Bulletin, 2000). One of the most important requirements is the necessity to implement treatment programs with strongest guarantees of effectiveness. Nowadays there is not any program of integral intervention adapted to Spanish population which has demonstrated empirically its efficacy to reduce the problems linked with drug use in young offenders.

This Thesis has been done with the purpose to develop a program of intervention on the drug use, its overuse and dependency in young offenders, their adjustment and the quantification of its efficacy. In the same way, it also aims to determine which factors have more influence on the recidivism of the evaluated subjects, highlighting the analysis of drug use variable. To this end, it was designed the Program for Educational and Therapeutic Treatment for Drug Abuse in Young Offenders (Graña y Fernández-Moreno, 2015) which is a cognitive-behavioral structured intervention based on Motivational Interview with group application format. The program has been completed with geared sessions to work with families and monitoring sessions after the intervention. Treatment program has been applied to 132 young people in 15 groups since the end of 2010. In order to validate its efficacy, results obtained from the pre- and post-treatments were comparing to each other between an experimental group and other control group. The experimental group was composed by young interns of "Centro

Teresa de Calcuta” who had passed the treatment program and later released with 12 month of monitoring. These interns received, at the same time of the treatment program, a psycho-education in the type of drugs and the consequences of their use through cross-educational workshop tough by “Centro Teresa de Calcuta”. The control group was composed by intern young of the “Centro Teresa de Calcuta” who were not subjected to the treatment therapy and who had received psycho-education in the type of drugs and consequences of their use and later released with a monitoring of at least 12 months. They got scores comparable to members of the experimental group in tests measuring the problems linked with drug use. In order to achieve the set objectives, the design of the research is longitudinal-type.

The sample of the study is composed by 92 subjects divided into two groups. The experimental group is composed by 52 subjects and the control group is composed by 40 subjects. The average age of these subjects is 16.98 years old, all of them are males and more than half of them are foreigners. The biggest part of them belongs to dysfunctional families. The main problems of these dysfunctional families are economics factors followed by relationship problems, delinquency and drugs use. It should be remarked that the educational level of the participants is very low with a wide school dropout rate, absenteeism and school failure. Almost 90% of the participants have a group of dissociable relationship, frequent relationship with young older than them or they belong to violent youth gangs. During the study of the participants’ leisure and free time use before enforcing the judicial measure, it has been observed an absence of protective factors in the activities done. As reference to the personality’s characteristics of the participants it should be pointed out the high prevalence of empathy’s lack, emotional coldness, frequent manipulation, lack of self-reproach, insensitivity, frequent lies, superficial affection, emotional simulation and earlier problems of behavior.

From the descriptive study of the sample about the typology of consumptions it can be highlighted that the two substances which have had higher rate of consumption are cannabis and alcohol. 85.9% of the sample shows compulsive consumption of cannabis and 64.1% shows excessive alcohol consumption. Cocaine shows equally a high rate of consumption, 22.8% of the participants kept an excessive use of this substance, 13% of them occasional use and 21.7% experimental use. The last substance which shows high consumption in reference to general population is ecstasy, 8.7% of the participants have had excessive consumption of it during the last month. It should be

pointed out rates of inhalant consumptions, benzodiazepines and heroin. 90% of them had never tried inhalants and 96.7% of them had never tried benzodiazepines nor heroin.

After the descriptive study of the sample, the results achieved regarding the effectiveness of the treatment should be highlighted. During the statistical study, in the scale of problems with drugs use, the effect of the group's factor and time's factor as well as the interaction was significant which seems to indicate that the experimental group reduces significantly the rate of linked problems with drugs use versus the control group through the time.

In the same way, the change rate provided by both experimental conditions, - experimental and control- was evaluated and the result showed that in the drug use linked problems variable there is a statistically significant reduction between pre and post in the control group as well as the experimental one. However, the size of the intervention program's effect in the experimental group was much higher than in the control group ($\eta^2_{\text{partial}} = 0.55$ Vs $\eta^2_{\text{partial}} = 0.16$). In the same way, the size of the intervention program's effect was higher for the experimental group in the scale of school problems and problems in the social sphere. It has been statistically confirmed that the experimental group reduces significantly the rate of alcohol and cannabis consumption than the control group after the internment. It is observed that the consumption of cannabis, alcohol, cocaine and ecstasy is reduced between both stages of the treatment (pre and post) in both control and experimental groups. However, the size of the intervention program's effect on the cannabis consumption in the experimental group was higher than in the control group ($\eta^2_{\text{partial}} = 0.41$ Vs $\eta^2_{\text{partial}} = 0.13$). The same applies to alcohol consumption, ($\eta^2_{\text{partial}} = 0.38$ Vs $\eta^2_{\text{partial}} = 0.05$), cocaine consumption ($\eta^2_{\text{partial}} = 0.30$ Vs $\eta^2_{\text{partial}} = 0.16$) and ecstasy consumption ($\eta^2_{\text{partial}} = 0.11$ Vs $\eta^2_{\text{partial}} = 0.05$) where the experimental condition obtained higher size of the effect than the control condition. After the information gathering provided by the data of this study it can be concluded that the intervention program applied in "Centro Teresa de Calcuta" is an effective tool for the treatment of consumption, abuse and dependency of drug on young offenders.

In order to evaluate if the program is a tool at the same level as other programs previously used in other environments, it was compared with those data achieved by Waldron and Turner (2008) in their meta-analysis. Waldron and Turner (2008) examined the effect size during the pre and post treatment during three different types

of intervention: individual cognitive-behavioral therapy, group cognitive-behavioral therapy and family therapy in non-criminal population. The results obtained from the meta-analysis indicated that the average effect size of the evaluated programs by the statistician d of Cohen was 0.45 which indicated the size of the average effect. The intervention's effect size of the current study was $\eta^2_{\text{partial}} = 0.55$ which is a big effect size. The big effect size of the current intervention, $\eta^2_{\text{partial}} = 0.55$ acquires higher relevance taking into account the kind of population on which the program was applied. As Tripodi and Bender (2011) indicated, interventions which have demonstrated being effective on population without troubles with the law do not obtain as good results on population which have committed offense.

During the study of the recidivism variable it has been observed that, despite of the fact that the experimental group has lower rate of recidivism - 28.8% of them reoffends versus the 37.5% of the control group-, there are not statistically significant differences between both groups in terms of recidivism. The recidivism rate obtained in the current study is close to the recidivism rate of the total offender population which is around 30% (Bravo, Sierra and del Valle, 2009) and which is under the recidivism rate of young who have been convicted in a Center for Court Sentence Enforcement, where the recidivism rate reaches 52.4% (Núñez, 2012) There are three variables measured at the beginning of the internment by the IGI-J test which can predict recidivism. These variables are: educational guidelines risk score, type of leisure risk score and type of relationship with similar subjects before the internment risk score. During the study of the recidivism some statistically relevant differences after the internment on variables measured by the T-ASI test were found. There are relevant differences between participants who reoffend and those who do not reoffend on the troubles linked to drugs use following the internment variable. Relevant differences between participants who reoffend and those who do not reoffend on the educational troubles, family problems, social problems and legal problems variable were also found. From the analyzed data we can conclude that with a sample like this, with so many risk factors and with such strong roots of antisocial lifestyle, recidivism predictors are not variables before the internment but variables measured after the internment guided to evaluate the change of attitude from young after the intervention. In this way it is evident the general need for creating effective interventions which help to decrease those rates of problems linked to drugs use in order to reduce effectively the recidivism rate. Likewise it is necessary to keep intervening as usual and to improve the protocols on the educational troubles,

family problems, social problems and legal problems variables due to, as we have confirmed through this study, a lower score on these variables after the internment is linked with lower levels of recidivism.

As a conclusion we can highlight that the “Educational Program and Therapeutic Treatment for Drug Use in Young Offenders” carried out in the “Centro Teresa de Calcuta” is an effective tool for the treatment of the consumption, abuse and dependency of drugs in those young people who are serving a court sentence, especially on those problems derived of the alcohol and cannabis consumption.

RESUMEN

Una de las principales conclusiones que se puede extraer de las investigaciones desarrolladas en los últimos años sobre consumo de drogas y delincuencia en jóvenes es que los factores de riesgo significativos para el uso de sustancias y para la conducta antisocial no son muy distintos a lo largo del desarrollo del individuo, motivo por el cual encontrarse en situación de riesgo para uno de ellos es como encontrarse en situación de riesgo para el otro (McMurran, 2006).

Los estudios realizados recientemente para determinar la prevalencia de los consumos de drogas en menores infractores muestran una tasa mucho más elevada de consumos de drogas que en la población general (Velilla, 2013). No solo se puede destacar que la prevalencia sea mayor sino que la severidad de los problemas contraídos por los consumos de drogas en la población infractora son más severos. Además, como describe Cerón (2013), existen diferencias significativas entre los menores infractores y la población normal en inclinación al abuso de sustancias.

En España, los profesionales que trabajan en el ámbito de la delincuencia juvenil presentan la obligación de poner en práctica las exigencias que establece la actual Ley de Responsabilidad Penal de los Menores, L - 5/2000 (Boletín Oficial del Estado, 2000). Una de las más importantes es la necesidad de aplicar programas de tratamiento con las mayores garantías posibles de eficacia. En la actualidad no existe ningún programa de intervención integral adaptado a la población española que haya demostrado empíricamente su eficacia a la hora de reducir los problemas asociados al consumo de drogas en menores infractores.

La presente tesis doctoral nace con el objetivo de desarrollar un programa de intervención en el consumo, abuso y dependencia de drogas en menores infractores, su adaptación a este colectivo y la cuantificación de su eficacia. Del mismo modo, también se pretende determinar que variables influyen en mayor medida en la reincidencia delictiva de los participantes evaluados, realizando hincapié en el análisis de la variable consumo de drogas. Para ello se redactó el Programa de Tratamiento Educativo y Terapéutico para el Consumo de Drogas en Menores Infractores (Graña y Fernández-Moreno, 2015), el cual es una intervención estructurada de corte cognitivo-conductual fundamentada en la Entrevista Motivacional con un formato de aplicación grupal. Se ha completado el programa con la redacción de sesiones orientadas al trabajo con las familias y sesiones de seguimiento tras la intervención.

El programa de tratamiento se ha aplicado a 132 jóvenes en 15 grupos desde finales del año 2010. Para constatar la eficacia del tratamiento se compararon los resultados obtenidos en las pruebas de evaluación en el pre y el post-tratamiento entre un grupo experimental y otro control. El grupo experimental se compone de jóvenes internos en el Centro Teresa de Calcuta que han pasado por el programa de tratamiento y han sido puestos en libertad, con un mínimo de 12 meses de seguimiento. Dichos internos, a la par que han recibido el programa de tratamiento, han recibido psico-educación en la tipología de drogas y en la consecuencia de sus consumos a través de los talleres de educación trasversal impartidos por el Centro Teresa de Calcuta. El grupo control está compuesto por jóvenes internos del Centro Teresa de Calcuta, que no han sido sometidos a la terapia de tratamiento, que han recibido psico-educación en tipología de drogas y consecuencias de su consumo y que han sido puestos en libertad con un seguimiento de al menos 12 meses, teniendo puntuaciones equiparables a los miembros del grupo experimental en las pruebas que miden la problemática asociada al consumo de drogas. Para poder conseguir los objetivos planteados el diseño de la investigación es de corte longitudinal.

La muestra del estudio está compuesta por 92 participantes divididos en dos grupos. El grupo experimental está compuesto por 52 participantes y el grupo control por el 40. Los participantes tienen una edad media de 16,98 años, todos ellos varones y siendo más de la mitad de la muestra de nacionalidad extranjera. La mayor parte de los participantes procedía de una familia disfuncional; dentro de las familias de carácter disfuncional la problemática más frecuente son los factores económicos, seguido de los problemas relacionales, delincuencia y el consumo de drogas. Se ha de destacar que el nivel formativo de los participantes es muy bajo, encontrándose una tasa muy amplia de abandono escolar, absentismo y fracaso escolar. Casi el 90% de los participantes tiene un grupo de relación disocial, siendo frecuente la relación de los participantes con jóvenes mayores que ellos o la pertenencia a grupos juveniles de carácter violento. Durante el estudio del uso del ocio y del tiempo libre de los participantes, antes de cumplir la medida judicial, se ha podido observar una ausencia de factores de protección en las actividades realizadas. Como referencia a las características de personalidad de los participantes cabe destacar una alta prevalencia de falta de empatía, frialdad emocional, manipulación frecuente, falta de remordimientos, insensibilidad, mentiras frecuentes, afecto superficial, simulación emocional y problemas tempranos de conducta.

Del estudio descriptivo de la muestra en la tipología de consumo se puede destacar que las dos sustancias que han tenido una mayor tasa de consumo han sido el cannabis y el alcohol. El 85,9% de la muestra presenta consumos compulsivos de cannabis y el 64,1% presentan consumos abusivos de alcohol. La cocaína presenta igualmente una alta tasa de consumo, el 22,8% de los participantes mantenía un consumo abusivo, el 13% un consumo ocasional y el 21,7% un consumo experimental. La última sustancia que muestra un consumo elevado con referencia a la población general es el éxtasis, el 8,7% de los participantes realizó un consumo abusivo de él en el último mes. Cabe destacar una baja tasa de consumo de inhalantes, benzodiacepinas y heroína. El 90% de la muestra nunca han probado los inhalantes, llegando al 96,7% de los participantes los que no han probado ni la heroína ni las benzodiacepinas.

Tras los datos descriptivos de la muestra cabe destacar los resultados obtenidos del estudio de la eficacia del tratamiento. Durante el estudio estadístico, en la escala problemas con el consumo de drogas, el efecto del factor grupo, factor tiempo y la interacción fue significativo, lo que indica que el grupo experimental reduce de manera significativamente mayor la tasa de problemas asociados al consumo de drogas que el grupo control a lo largo del tiempo. Del mismo modo se evaluó la tasa de cambio que proporcionaban las dos condiciones experimentales, experimental y control, encontrando que en la variable problemas asociados al consumo de drogas se produce una reducción estadísticamente significativa entre el pre y el post tanto para el grupo control como para el experimental. Sin embargo, el tamaño del efecto del programa de intervención del grupo experimental fue mucho mayor que el del grupo control ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,55$ Vs $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,16$). Del mismo modo el tamaño del efecto del programa de intervención fue mayor para el grupo experimental en las escalas de problemas escolares y problemas en el ámbito social. También se ha podido constatar estadísticamente que el grupo experimental reduce de manera significativamente mayor la tasa de consumo de alcohol y cannabis que el grupo control tras el internamiento. Se observa que el consumo de cannabis, alcohol, cocaína y éxtasis se reduce entre el pre y el post-tratamiento tanto para el grupo control como para el experimental. Sin embargo, el tamaño del efecto del programa de intervención en el consumo de cannabis del grupo experimental fue mayor que el del grupo control ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,41$ Vs $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,13$). Lo mismo sucede en el consumo de alcohol, ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,38$ Vs $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,051$), el consumo de cocaína, ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,30$ Vs $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,16$) y el consumo de éxtasis ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,11$ Vs

$\eta^2_{\text{parcial}} = 0,05$) donde la condición experimental obtiene mayores tamaños del efecto que la condición control.

Tras la recopilación de la información aportada por los datos de la presente investigación se puede concluir que el programa de intervención aplicado en el Centro Teresa de Calcuta es una herramienta eficaz para el tratamiento del consumo, abuso y dependencia de drogas en menores infractores. Para poder evaluar si el programa es una herramienta al nivel de las ya utilizadas en otros entornos se comparó con los datos obtenidos por Waldron y Turner (2008) en su meta-análisis. Waldron y Turner (2008) examinaron el tamaño del efecto en el pre y el post-tratamiento en tres tipos de intervención, la terapia cognitivo-conductual individual, la terapia cognitivo-conductual grupal y la terapia familiar en población no delictiva. Los resultados del meta-análisis indicaron que el tamaño del efecto medio de los programas evaluados por el estadístico *d* de Cohen fue 0,45, lo que indica un tamaño del efecto medio. El tamaño del efecto de la intervención del presente estudio fue de $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,55$, siendo un tamaño del efecto grande. El gran tamaño del efecto de la presente intervención, $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,55$, adquiere mayor relevancia si se tiene en cuenta la población en la que se ha aplicado el programa, ya que, como indicaron Tripodi y Bender (2011), las intervenciones que han demostrado ser eficaces en población sin problemas con la justicia no obtienen tan buenos resultados en la población que ha cometido delitos.

Durante el estudio de la variable reincidencia delictiva se ha observado que, a pesar de que el grupo experimental tiene una menor tasa de reincidencia delictiva, el 28,8% de los participantes del grupo experimental reincide frente al 37,5% del grupo control, no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental en función de la reincidencia. Los datos de reincidencia obtenidos en el presente estudio se acercan a la tasa de reincidencia de la población infractora total, que se encuentra en torno al 30% (Bravo, Sierra y del Valle, 2009), y se encuentran por debajo de la tasa de reincidencia de los menores que ha sido internados en un Centro de Ejecución de Medidas Judiciales, donde la tasa de reincidencia es de un 52,4% (Núñez, 2012). Se han encontrado tres variables medidas al inicio del internamiento por la prueba IGI-J que funcionan como predictoras de la reincidencia delictiva. Dichas variables son puntuación de riesgo en pautas educativas, puntuación de riesgo en el tipo de ocio y puntuación de riesgo en el tipo de relación con iguales previa al internamiento. Durante el estudio de la reincidencia delictiva se encontraron diferencias estadísticamente significativas tras el internamiento en variables medidas

por la prueba T-ASI. Existen diferencias significativas entre los participantes que reinciden y los que no reinciden en la variable problemas asociados al consumo de drogas posterior al internamiento. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes que reinciden y los que no reinciden en la variable problemas formativos, problemas familiares, problemas sociales y problemas legales. De los datos analizados se puede concluir que, con una muestra con tantos factores de riesgo y con un arraigo tan fuerte del estilo de vida antisocial, los predictores de la reincidencia delictiva no son variables previas al internamiento sino las variables medidas tras el internamiento orientadas a evaluar el cambio del joven tras la intervención. De este modo queda patente la necesidad de generar intervenciones eficaces que ayuden a reducir las tasas de problemas asociados a los consumos de drogas para reducir de un modo más eficaz la tasa de reincidencia delictiva. De igual modo es necesario seguir interviniendo como hasta el momento y mejorar los protocolos de actuación en las variables problemas formativos, problemas familiares, problemas sociales y problemas legales ya que, como se ha comprobado a lo largo de este trabajo, puntuar en menor grado en estas variables tras el internamiento se asocia con niveles de reincidencia delictiva menores tras el internamiento.

A modo de conclusión se puede resaltar que el "Programa de Tratamiento Educativo y Terapéutico para el Consumo de Drogas en Menores Infractores" aplicado en el Centro Teresa de Calcuta es una herramienta eficaz para el tratamiento del consumo, abuso y dependencia de drogas en jóvenes que se encuentran cumpliendo una medida judicial, especialmente en los problemas derivados del consumo de alcohol y cannabis.

PARTE PRIMERA

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Capítulo 1

Conceptualización de las drogas

1.1. Definición de droga

De una forma simple y pragmática, se puede definir “droga” como “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste” (Becoña, 1995). Droga, según el Diccionario de Psicología Larousse (Sillamy, 2003) es una “sustancia de acción psicótropa, cuyos efectos pueden ser narcóticos, estimulantes, deprimentes o alucinógenos. El uso prolongado de estas sustancias provoca tolerancia, habituación y adicción”. Hoy en día, por droga se entiende todas las drogas, las "duras y las blandas", sin distinción, y se han superado definiciones como la de Miller (1991) que matiza entre las drogas que son legales y las ilegales, diferenciación que casi ha quedado para uso restringido en cuestiones jurídicas.

Existen diferentes definiciones de “droga”, pero para resumir se puede afirmar que es una sustancia psicoactiva que modifica al organismo vivo, generando en él un refuerzo positivo, lo cual promueve el deseo de repetir la conducta; aunque también pueden asumir otra intención, como es la de atenuar el dolor físico o emocional. Se está haciendo referencia a sustancias que tras su administración ofrecen una recompensa emocional, pero también otras consecuencias negativas, puesto que afectan al comportamiento de una forma no deseada, a las funciones del cuerpo, a toda la persona en su conjunto y, por añadidura, puede afectar a terceras personas. Son sustancias que provocan tolerancia y abstinencia, y la mayoría de ellas pueden generar dependencia tanto física como psicológica. Por lo tanto, un intento de una correcta definición debe incluir, no sólo los efectos individuales, tales como la dependencia o la tolerancia, sino también los aspectos sociales. Por lo tanto las drogas son sustancias psicoactivas externas al cuerpo que modifican el organismo con capacidad reforzadora positiva en sus primeros momentos, y pueden llegar a ser un refuerzo negativo si su uso es continuado; pudiendo generar tanto dependencia psicológica y física indistintamente, y llevar a la persona a padecer problemas a todos los niveles: familiar, social, económico, etc.

La diferencia entre medicamento y droga no solo estriba en la sustancia en sí, sino también en la expectativa de uso. Fármacos como las benzodiacepinas o los opiáceos, de amplio uso como medicamentos, son también muy frecuentemente utilizados, con pautas de autoadministración, como drogas (Hervás, 2002).

1.2. Uso y hábito

La drogodependencia es una cuestión de grado, es decir, que el proceso se ha de entender de un modo escalonado y queda lejos de la dicotomía “presente / ausente”. De esta forma se puede establecer matizaciones necesarias entre *uso* y *abuso*, diferencias en ocasiones sutiles que se intentará acotar. Autores como Edwards, Arif y Hodgson (1981) propusieron diferentes matices del *uso*. Por ejemplo, el *uso desaprobado*, que indica que la sociedad no aprueba el consumo de una determinada sustancia. El *uso nocivo*, o *uso peligroso*, por su parte, prevé las diferentes consecuencias que el consumo de drogas acarreará. Por fin, el *uso desadaptativo*, hace hincapié en la modificación de los hábitos que conlleva la ingesta de tóxicos. Actualmente, se emplea el término *uso* cuando no hay complicaciones, problemas o sufrimiento para la persona. Es decir, se trata de un uso ocasional, cultural, un uso definido para una situación definida, un uso esporádico (Pérez y Martín, 2007).

El *uso*, por lo tanto es la simple utilización, en momentos puntuales, con la intención tan solo de probar o el capricho de atesorar una experiencia esporádica. Este tipo de uso suele ser en dosis moderadas. El siguiente escalón del *continuum*, lo encontramos en el *hábito*, que consiste en una “realización, casi automática, de actividades o acciones” (Sillamy, 2003). Esta definición aporta la idea de *repetición* de la adicción que resulta de gran interés.

El *hábito* es un consumo más frecuente, el cual queda perfectamente ejemplificado en el hábito de tomar café, es decir, en el consumo de cafeína. Se trataría de la costumbre de consumir una sustancia, por la adaptación a sus efectos. Habría un deseo del producto, pero nunca se vivenciaría de manera imperiosa. No existe una tendencia a aumentar la dosis, ni se padecen trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia se consigue, por lo que su búsqueda suele ser limitada y nunca deriva en alteraciones conductuales (Graña, Muñoz y Navas, 2007). El organismo, pues, ya ha sufrido una cierta adaptación a dicha sustancia.

1.3. Abuso

Se habla de abuso cuando hay exceso, cuando hay un uso continuado, regularizado, que aumenta, empleando en ello bastante tiempo, de forma tal que la persona comienza a evitar determinadas situaciones sociales y siente angustia (Pérez y Martín, 2007). En el caso del abuso ya encontramos consecuencias a nivel social,

biológico y psicológico; de alguna manera es un paso intermedio de consecuencias más leves que las que se puede padecer en el siguiente escalón: la dependencia.

Un acercamiento teórico más profundo al concepto de abuso lo puede definir como cualquier consumo de sustancias químicas que dañe o amenace con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general. Asimismo, se considera abuso el consumo de cualquier sustancia clasificada como ilegal.

Para explicar el abuso, la literatura al respecto se ha centrado más en las consecuencias que en la posibilidad de que genere abstinencia y tolerancia. Pero se entiende que una pauta de abuso conlleva en casi todos los casos tolerancia y abstinencia. Y esta sería una diferencia esencial, respecto del uso y el hábito. Según la Asociación de Psiquiatría Americana (2002) en su manual DSM-IV-TR, para diagnosticarse abuso, la persona, debe haber abusado continuamente durante doce meses o bien debe ser persistente. Según la Organización Mundial de la Salud (1992), en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE - 10), “el abuso” es entendido como un “consumo perjudicial”. Al igual que ocurría con el hábito, al abuso también se le puede aplicar un amplio abanico de matices y subtipos. Podríamos hablar de *abuso social*, *abuso ocasional*, etc. Se debe señalar que conviene tener en cuenta que el abuso también dependerá de la vulnerabilidad de las personas, del contexto, del potencial adictivo de la sustancia o de la actividad que se realiza cuando se consume.

Tabla 1.1. Criterios para el abuso de sustancias DSM-IV-TR

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de doce meses:
- (1) Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
 - (2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
 - (3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
 - (4) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación o incluso violencia física).
- B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Tabla adaptada del DSM-IV-TR (Asociación de Psiquiatría Americana, 2002)

A pesar de que el concepto de abuso ha sido relevante en el desarrollo teórico de la mayor parte de los modelos explicativos de los problemas asociados al consumo de drogas, la Asociación de Psiquiatría Americana (2013), en su manual DSM - 5, ha suprimido la categoría diagnóstica de abuso de sustancias.

1.4. La dependencia.

En ocasiones se pueden encontrar definiciones de dependencia confusas, ya que es posible hablar de dependencia psíquica y, en otras ocasiones, de dependencia física, o incluso de dependencia social, aunque realmente todas pueden aparecer juntas en mayor o menor grado, es decir, puede predominar una sobre las otras, pero cuando una dependencia se da, repercute en otras áreas, siempre y cuando estemos hablando desde el terreno de la psicología, ya que “en medicina la dependencia *física* se refiere al hecho de que una persona necesite una sustancia, digamos la insulina”, (Alonso-Fernández 2003).

Dependiendo de autores y épocas, se puede hacer un esbozo de cómo se han considerado estas diferentes formas. Así, cuando se habla de dependencia psicológica, la literatura al respecto se ha referido a la necesidad de corte emocional. Situándonos en el terreno de las drogas, la dependencia psicológica se ha circunscrito al *craving*, una especie de deseo irreprimible de repetir la conducta consumatoria. En cuanto a la dependencia física, como la misma palabra indica, se refiere a la necesidad del organismo de una sustancia. Pero la dependencia puede estar también circunscrita a lo social; en tal caso la dependencia social vendría por la necesidad de consumir alguna sustancia por la necesidad o deseo de pertenecer a algún grupo social.

1.5. La drogodependencia

Según sostienen Pomerleau y Pomerleau (1987) la conducta adictiva es el uso repetido y abusivo de una sustancia psicoactiva y/o la implicación compulsiva en la realización de una conducta determinada que de forma directa o indirecta modifica el medio interno del individuo, de tal forma que obtiene un reforzamiento inmediato por el consumo o por la realización de esa conducta.

Con referencia a la conducta adictiva al consumo de drogas Edwards et al. (1981) sostienen que para que exista una drogodependencia es necesario que acontezca diferentes sucesos, los cuales son:

- a) Debe existir evidencia subjetiva de compulsión para la utilización de las drogas durante los intentos de abandono del consumo.
- b) Deseo de abandonar el consumo.
- c) Un hábito de consumo de drogas relativamente estereotipado.
- d) Evidencia de neuroadaptación con fenómenos de tolerancia y dependencia.
- e) El consumo de drogas, para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- f) El predominio de las conductas de búsqueda de droga por encima de otras prioridades importantes.

Las definición de dependemás de sustancias más extendida y con mayor uso a la hora de las clasificación diagnóstica en los últimos años la realizó la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), en su manual diagnóstico DSM - IV - TR (2002), la cual se puede consultar en la tabla 1.2.

Tabla. 1.2. Criterios para la dependencia de sustancias. DSM-IV-TR

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

(1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

(2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) el síndrome de abstinencia característico de la sustancia (v. criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).

(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

(3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

(4) Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

(5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), con el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o con la recuperación de los efectos de la sustancia.

(6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

(7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de cocaína aun sabiendo que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que pueda empeorar, pongamos por caso, una úlcera).

Tabla adaptada del DSM-IV-TR (Asociación de Psiquiatría Americana, 2002)

Recientemente se ha publicado una nueva clasificación diagnóstica por parte de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA). Parece conveniente en este punto definir el concepto de dependencia a través de la antigua clasificación, DSM - IV - TR

(APA, 2002), y la nueva, DSM - 5 (APA, 2013), pudiendo identificar con ello los aportes teóricos que realiza la nueva clasificación. La antigua clasificación diagnóstica DSM - IV - TR (APA, 2002) realiza una única definición para los criterios de dependencia y de síndrome de dependencia, independientemente de la sustancia que se haya consumido, las cuales han sido expuestas en la tabla 1.2. Por el contrario la clasificación diagnóstica propuesta por el DSM - 5 (APA, 2013) rompe con estos parámetros diagnósticos, hablando en vez del uso, abuso o dependencia de sustancias de trastornos por consumo de sustancias de gravedad leve, moderada o grave. Del mismo modo el DSM - 5 aporta criterios diagnósticos diferentes para la definición de un trastorno por consumo de sustancia en función de la sustancia consumida. No existe gran diferencia conceptual entre las dos clasificaciones diagnósticas, el DSM - IV - TR (APA, 2002) aporta una mayor carga teórica que permite al clínico formular mejor las hipótesis explicativas de la adquisición y el mantenimiento de la conducta adictiva. Frente a ello el DSM - 5 (APA, 2013) permite concretar de una manera mucho más eficiente la conducta de consumo, asumiendo que las consecuencias de los consumos de drogas son diferentes en función de la droga consumida. La definición que realiza el DSM - 5 (APA, 2013) de cada trastorno por consumo de sustancias se expondrá en siguientes apartados, cuando se describan los tipos de drogas y sus efectos.

En cuanto atañe a las definiciones de drogodependencia que se pueden encontrar a lo largo de la literatura una predomina sobre el resto por su simplicidad y perspicacia, la que realizó Escohotado (2001). En la citada definición Escohotado afirma que los elementos principales de la adicción al consumo de drogas son:

- a) El refuerzo o premio que el hábito farmacológico mismo proporciona.
- b) El vacío o deficiencia del que es síntoma;
- c) Las incomodidades concretas que se derivan de interrumpirlo.

El concepto de drogodependencia es un concepto que se ha empezado a usar recientemente; en otras épocas se llamaron a estos pacientes toxicómanos, y más antiguamente “viciosos”, a los que se les atribuía fundamentalmente falta de voluntad. El concepto de drogodependencia es un concepto menos “duro” que el concepto de “toxicómano”, y de alguna manera nos aleja del sufijo de uso múltiple “manía” - toxicomanía- que tenía incluso connotaciones morales. En definitiva, la acepción mudó hasta alcanzar el concepto de drogodependencia, que es el que se utiliza hoy en día.

Cuando se habla de drogodependencia se hace referencia al consumo de cualquier sustancia psicotropa o psicoactiva, tanto a las sustancias ilegales, ya sean la

cocaína o la heroína, como a las sustancias legales, como el alcohol o determinados medicamentos con o sin receta médica.

Desde otro punto de vista, debe recordarse, aunque sea una obviedad, que las personas llegan a ser diagnosticadas de drogodependientes tras un largo camino. En la mayoría de las ocasiones siguen una serie de pasos antes de llegar a ser drogodependientes, pasos que suelen iniciarse con la experimentación de sustancias con diferentes fines: la realización personal, tendencias místicas, etc.; pero que en la mayoría de las ocasiones se relaciona con fines lúdicos. De estas primeras experiencias se suele pasar a períodos de consumos abusivos, durante la semana o los fines de semana. Se podrá terminar llegando así a la fase de drogodependencia y, una vez instalados ahí, el consumo se producirá, en la mayoría de los casos, para evitar el malestar que produce la ausencia del consumo.

La drogodependencia es un trastorno que no se puede clasificar como un fenómeno estancado, inamovible. Es, por lo tanto, un problema de grado y de etapas, que se caracteriza precisamente por no tener límites, donde la mayor dificultad estriba en no parar, no tener fin, y donde se agrega la dificultad de que las personas que lo padecen no son demasiado conscientes del problema hasta que no han tocado fondo. La persona termina desvinculándose de los demás, de cualquier otro grupo humano salvo de otros consumidores, incluyendo en muchos casos la separación de la pareja a no ser que se junten bajo el interés común de consumir, o caiga en la explotación del uno por el otro.

La drogodependencia provoca, en la mayoría de los casos, un también llamado “*síndrome de dependencia*”, y hoy se entiende como un fenómeno multicausal, es decir, que incluye factores sociales, personales y biológicos en su origen. Un trastorno que en la mayoría de los casos provoca tolerancia y dependencia, pero sobre todo causa un gran sufrimiento a las personas que lo padecen. La Asociación de Psiquiatría Americana, en su manual diagnóstico DSM- IV-TR (2002), define el síndrome de dependencia como manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en las cuales el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotrópicas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la

instauración del resto de las características del síndrome más rápidamente de lo que sucede en individuos no dependientes, como se muestra en la tabla 1.3.

Tabla 1.3. Síndrome de dependencia DSM-IV-TR

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración del resto de las características del síndrome más rápidamente de lo que sucede en individuos no dependientes.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión de consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tales como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos durante períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario respecto del consumo de la sustancia.

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que debe estar presente el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

El síndrome de dependencia puede presentarse en una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia al verse privados de las sustancias).

Tabla adaptada del DSM-IV-TR (Asociación de Psiquiatría Americana, 2002)

1.6. Tolerancia

La tolerancia es uno de los conceptos clave en drogodependencias, ya que en principio es la razón por la cual las personas necesitan consumir más cantidad de una determinada sustancia para llegar a obtener el mismo efecto. En principio, cuando el cuerpo genera tolerancia, se está desarrollando una dependencia problemática cada vez más intensa.

El alcohólico, por ejemplo, necesita más cantidad de alcohol, para obtener el mismo efecto farmacodinámico. En el caso concreto de los alcohólicos, se habla de la *tolerancia innata*. Sería el caso de los hijos de alcohólicos que padecen una vulnerabilidad especial, es decir, que poseen menos sensibilidad al alcohol, de modo que con menores cantidades de alcohol generarían una dependencia más rápidamente. Por otro lado, frente a la tolerancia innata, tenemos la *tolerancia adquirida*: la que se produce por la adaptación del organismo. La *tolerancia aguda* es la tolerancia que se desarrolla rápidamente, pero más que por factores biológicos se suele deber a que la persona ha consumido masivamente en un corto espacio de tiempo una determinada sustancia.

Obviamente, el fenómeno de la tolerancia no se trata de que la eficacia de la sustancia se reduzca o disminuya; antes bien, lo importante es que el organismo se adapta. Por otro lado, el grado de tolerancia en las personas varía según el tipo de sustancia, pero también según la persona; su constitución, su peso, y a veces también depende de las expectativas, incluso del contexto. Una persona consumidora que ha desarrollado una alta tolerancia puede consumir dosis de una misma sustancia que para otra persona -que no consume- podrían ser mortales.

La tolerancia, aunque también dependa de las personas o los contextos, depende fundamentalmente del tipo de sustancia. Según Laporte (1976), las drogas depresoras del sistema nervioso central, tienen gran capacidad para generar tolerancia y dependencia; es el caso de la heroína y de la morfina.

Asimismo existen otros tipos diferentes de tolerancia, por ejemplo, la *tolerancia cruzada*, que acontece cuando una persona, tras consumir una sustancia, desarrolla también tolerancia a otra droga que suele ser similar, del mismo tipo o de la misma familia. También cabe destacar la *tolerancia invertida*, la cual se presenta cuando, al consumir pequeñas cantidades, los efectos son significativos, es decir que en vez de necesitar más, basta con una pequeña cantidad. Suele darse en alcohólicos y en personas

que consumen psicoestimulantes.

1.7. Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia se define como “el conjunto de signos y síntomas que aparecen ante la interrupción brusca de la toma de un medicamento o sustancia tóxica hacia el que se ha desarrollado dependencia. Se caracteriza por ansiedad y diversas manifestaciones del sistema nervioso vegetativo, como sudoraciones y temblores. La intensidad del síndrome depende de diversos factores, entre ellos el tipo de droga que se ha utilizado, el tiempo durante el cual se ha estado consumiendo la sustancia, la tolerancia” (Sillamy, 2003).

El *síndrome de abstinencia agudo* es el conjunto de signos y síntomas que aparecen en cuanto cesa el consumo, ya sea lentamente o de golpe. Pero la abstinencia no finaliza ahí. Al margen de los indeseables primeros momentos, el paciente llegará a otra fase, denominada *síndrome de abstinencia tardío*, y que se refiere a los efectos debidos a las drogas que se producen pasado un tiempo; por ejemplo, a los efectos que se producen principalmente después de una o varias semanas, aunque su duración puede extenderse a meses, incluso aparecer de forma esporádica durante años.

Otro síndrome descrito es el *síndrome de abstinencia condicionado*. Técnicamente hablando este síndrome de abstinencia aparece cuando nos hallamos ante un estímulo ambiental, que provoca un síndrome de abstinencia agudo cuando el paciente ya no consume. Es un condicionamiento que desencadena gran angustia en el paciente. Los síntomas de la abstinencia por lo general son opuestos a los efectos que origina la sustancia cuando se consume.

Como ya se ha expuesto, la abstinencia varía fundamentalmente con el tipo de sustancia, pero también con el peso, o la cantidad que se administra; igualmente es importante la vía de administración, ya que las vías intravenosas, la ingesta inhalada o fumada, son vías más rápidas de absorción, más inmediatas, generan mayor intoxicación, pues la droga llega más rápidamente a la sangre y al cerebro, con lo que también se puede desarrollar una dependencia mayor. Tras esto, obviamente debemos señalar que también el síndrome de abstinencia dependerá de la sustancia. Así, podemos diferenciar diversos síndromes de abstinencia dependiendo de la clase sustancia; por ejemplo, el síndrome de abstinencia de los opiáceos, que, pese a ser extremadamente intenso, no hace correr peligro de muerte al consumidor.

La segunda fase es una etapa de abstinencia retardada en la que vuelve a

aparecer un gran deseo de consumir droga. Su duración oscila entre una y diez semanas. La sintomatología más común es leve ansiedad, anhedonia, anergia y aparición de un gran deseo de consumir droga.

La tercera fase es una etapa de extinción con crisis esporádicas de deseo de consumir la sustancia. La duración de esta fase es indefinida.

Tabla 1.4. Síndrome de abstinencia CIE X

Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad, que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

Pautas para el diagnóstico

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia, por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.

Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo, ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia sólo se hará si lo requiere su gravedad.

Tabla adaptada de la Clasificación Internacional de Enfermedades, *CIE - 10*. (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Tabla 1.5. Criterios para la abstinencia de sustancias DSM-IV-TR

A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro en la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Tabla adaptada del DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002)

En la clasificación diagnóstica DSM - 5 (APA, 2013), como ya se expuso anteriormente, la abstinencia se define en función de la sustancia consumida. En el apartado donde se definirán los tipos de drogas y sus efectos se expone el síndrome de abstinencia concreto de cada sustancia en función de la droga consumida según el DSM - 5 (APA, 2013)

1.8. Intoxicación

La intoxicación se define como “un estado transitorio consecutivo al consumo de drogas que puede producir alteraciones de la conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento, del sueño o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.” (Sánchez-Carbonell, 2000).

La intoxicación se suele revelar en que la persona manifiesta un comportamiento alterado: pérdida del equilibrio, desorden en la conducta psicomotora, alteración del juicio, menor capacidad de concentración, desbordamiento de los aspectos emocionales, inestabilidad del humor hasta llegar a desarrollar conductas más agresivas y desinhibidas.

Al igual que ocurre con otros conceptos, se debe matizar que la intoxicación dependerá de cada persona, de lo que crea ésta que ocurrirá al consumir la sustancia, del contexto donde la consuma; dependerá asimismo de su masa corporal, de la dosis, del tipo de droga, de si está en ayunas o no, así como de innumerables variables más.

Tabla 1.6. Intoxicación aguda CIE X

Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

Pautas para el diagnóstico:

La intoxicación aguda suele estar en relación con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tenida en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo, las sustancias psicotropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperactividad, o las sustancias psicotropas estimulantes dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias como el cannabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas sustancias psicotropas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis. Por ejemplo, el alcohol, que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis, y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación.

Tabla adaptada de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE - 10. (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Tabla 1.7. Criterios para la intoxicación por sustancia DSM-IV-TR

A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.

B. Cambios psicológicos o de comportamientos desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.

C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Se entiende que una intoxicación es aguda y reversible cuando, aunque tenga consecuencias importantes, las personas se recuperan del exceso de dicha sustancia en el organismo, pues una intoxicación, por obvio que suene decirlo, se refiere a los efectos de una sustancia.

Tabla adaptada del DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002)

En la clasificación diagnóstica DSM - 5 (APA, 2013) la intoxicación se define en función de la sustancia consumida. En el apartado donde se define los tipos de drogas y sus efectos se expondrá los criterios de la intoxicación de cada sustancia en función de cada sustancia según el DSM - 5 (APA, 2013)

1.9. Vías de administración

En este terreno, y para explicar las vías de administración, es conveniente tener en cuenta el trabajo realizado por Salazar y Rodríguez (1994). Según estos autores, existen cinco vías de administración:

a) Vía oral, que se subdivide en tres tipos: la ingestión (es la vía más lenta y la que comporta menos riesgo de intoxicación y dependencia), el mascado (la entrada de la sustancia activa se efectúa por medio de la trituración y de la absorción por la mucosa de la boca, y cuyo efecto es más rápido) y la sublingual, (disolución de la sustancia debajo de la lengua). La vía oral es la única vía de consumo del alcohol, y es la más utilizada para las anfetaminas, el LSD, los barbitúricos y drogas de síntesis.

b) Vía pulmonar, en que la sustancia puede ser inhalada y/o fumada. En cuanto a la primera, permite que la sustancia, tras la inhalación tarde entre 7 y 10 segundos en llegar al cerebro, generando cuadros de dependencia muy graves. Provoca serios problemas pulmonares y cerebrales. Es la vía característica para consumir tabaco y cannabis.

c) Vía nasal, en que la sustancia es aspirada (esnifada) a través de la mucosa nasal. Es la vía más utilizada para consumir cocaína, aunque casi todas las drogas pueden esnifarse.

d) Vía parenteral, que obliga a usar una jeringuilla hipodérmica como utensilio imprescindible para la administración de la droga. Para muchos consumidores, que usan esta vía, existe toda una mística alrededor de la preparación de la dosis. Por otra parte, al administrarse de esta forma la sustancia, se precisa menor cantidad para obtener igual gratificación. La vía intravenosa, junto a la intramuscular y subcutánea, conforman los tres tipos de administración parenteral. La vía subcutánea es considerada la vía de los “novatos”, el paso intermedio entre fumar e inyectarse directamente en vena. La vía intramuscular es la vía de los “veteranos”, utilizada como alternativa a la venosa cuando ésta resulta de difícil acceso debido al deterioro de las venas por los frecuentes pinchazos. La vía intravenosa se puede llevar a cabo por cualquier tipo de vena, sobre todo la del antebrazo, y es la que suele ser escogida por heroinómanos y poli-toxicómanos.

e) En esta clasificación también encontramos la vía rectal o genital. Según los autores de esta clasificación la sustancia se aplica sobre la mucosa anal o genital. Aunque no es una vía especialmente asociada al consumo de drogas, sí que se ha asociado a fármacos. En cualquier caso, tanto la vía rectal como la genital, son más utilizadas por los consumidores de cocaína y de heroína.

También en el año 2009 algunos medios de comunicación se hicieron eco de que algunas personas en la Comunidad Valenciana estaban consumiendo LSD líquido por la vía ocular, una vía hasta la fecha nunca utilizada o no registrada en ninguna clasificación anterior.

Para tener una idea aproximada de la vía más frecuente del consumo de la droga principal en los últimos 30 días, señalaremos que, según datos del Observatorio Español sobre Drogas (2004), la vía oral la emplea un 6,0% de los consumidores, la pulmonar un 53,4%, la intranasal un 22,2%, la parenteral alrededor de un 15,5%, y otras se reparten un escaso 3,0%.

1.10. Clasificación y tipos de drogas

Existen diferentes clasificaciones de las drogas, bastante consensuadas. Internacionalmente son importantes las clasificaciones que se incluyen en el Manual de Diagnóstico Estadístico (DSM) y la división que propone la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); también cobra especial relieve la que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En cuanto a la clasificación de drogas, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2013), divide las sustancias en 10 clases: alcohol, alucinógenos (con categoría separada para la fenciclidina), anfetamina o simpaticomiméticos de acción similar, cafeína, cannabis, cocaína, inhalantes, nicotina, opioides, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Para el DSM-5, existen dos tipos de trastornos relacionados con el consumo de sustancias. En primer lugar, trastornos por *consumir sustancias* de forma más o menos continuada y los *trastornos inducidos por las sustancias* como son la intoxicación, la abstinencia, el trastorno psicótico inducido por sustancias, el *delirium* etc. Actualmente, esta clasificación es la más seguida mundialmente.

Tabla 1.8. Efectos derivados del consumo de sustancias

	Trastorno por consumo	Intoxicación	Abstinencia
Alcohol	X	X	X
Alucinógenos	X	X	
Anfetaminas	X	X	X
Cafeína		X	X
Cannabis	X	X	X
Cocaína	X	X	X
Inhalantes	X	X	
Nicotina	X		X
Opioides	X	X	X
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	X	X	X
Otros	X	X	X

Tabla adaptada del DSM-5 (Asociación de Psiquiatría Americana, 2013)

Las definiciones de drogas y sus clasificaciones han ido variando de una u otra manera a lo largo del tiempo. En la actualidad la clasificación de las drogas más consensuada, sencilla y práctica es la que hace referencia a cómo afecta el consumo de drogas al sistema nervioso. Las drogas, según la Organización Mundial de la Salud (1992), se pueden clasificar en función de si son estimulantes o psicoanalépticos, si son depresoras o psicolépticas, o si alteran la conciencia o psicodislépticos. En los siguientes apartados se expondrán los diferentes tipos de drogas, se profundizará en el estudio de sus efectos y se expondrán los criterios diagnósticos del DSM-5 (Asociación de Psiquiatría Americana, 2013) para la intoxicación, abstinencia y trastorno por consumo de cada sustancia.

1.10.1. Drogas estimulantes del sistema nervioso

Se puede distinguir dos orígenes dentro de las drogas estimulantes, un origen vegetal, donde encontraríamos sustancias como el café y la coca; y las que tienen un origen químico, como la cocaína, el crack y las anfetaminas (Escohotado, 2001). De esta clase de sustancias, destaca por su repercusión la cocaína, ya que es una de las drogas estimulantes más consumidas actualmente y que más problemas está generando.

Cocaína:

Esta sustancia deriva de la planta de coca *Erythroxylum* y “es un alcaloide con acción anestésica en el sistema nervioso periférico y estimulante sobre el sistema nervioso central”, (Caballero, 2005). Como se sabe, la hoja de coca se ha venido consumiendo durante siglos en países de Sudamérica como Perú, Colombia y Bolivia. La altitud idónea se circunscribe entre los 500 metros y los 1000, y el clima propicio es el tropical. Las hojas de coca, al masticarse, proporcionan una absorción muy lenta, y su dosificación gradual ayuda a mitigar la fatiga del trabajo, aumentando al mismo tiempo la resistencia física y disminuyendo el hambre. El naturalista suizo Von Tschudi, escribió un libro denominado *Travels in Perú*, siguiendo y verificando los descubrimientos hechos por Pizarro, teniendo la ocasión de verificar las virtudes de la coca al observar como los portadores con los que llegó a Perú en 1830 podían pasar cinco días sin tomar alimento alguno y durmiendo muy poco gracias al consumo de coca, (Pascual, 2009). Estudios realizados en la momia incaica llamada Juanita revelaron datos interesantes; la muchacha, que murió a una edad de aproximadamente 13 años, fue de alto *status* y gozó de buena nutrición hasta que fue escogida para ser sacrificada a los Apus, o las deidades de la montaña. Antes de ser sacrificada y depositada en la cima de la montaña Amparo, recorrió a pie una larga distancia, subiendo hasta 6.380 metros sobre el nivel del mar. Para soportar la travesía, Juanita masticó coca y consumió chicha, una bebida fermentada de maíz (Pérez y Trotter, 2005).

Con posterioridad, se conseguiría aislar el principio activo de esta planta, obteniéndose así la conocida *cocaine*. Un fuerte estimulante cuya absorción es más rápida y cuyos efectos son mucho más intensos. En el mercado se la conocerá por nombres como: “*farlopa*”, “*dama blanca*” o “*nieve*”, La acción estimulante de la cocaína deriva principalmente de su capacidad para inhibir la recaptación de los neurotransmisores norepinefrina, serotonina y, sobre todo, dopamina en las sinapsis del sistema nervioso central (Caballero, 2005).

Las propiedades analgésicas de la cocaína han sido utilizadas en numerosas ocasiones a lo largo de la historia como remedio popular para los trastornos físicos y como anestésico local en curaciones y operaciones de cirugía menor. Hubo épocas en las que el consumo de cocaína fue elevado, por ejemplo, a finales del siglo XIX. “La revista Lancet en 1876 describió los primeros efectos negativos del consumo de la cocaína, tales como cambios en el pulso y en la temperatura”, Pascual (2009). Poco después Freud redacta su famoso texto *Über Coca* (1884). Se ha escrito en numerosas ocasiones, con indignación unas veces, con admiración otras, que Freud, clínico pionero donde los hubiere, probó y usó la cocaína, pero en sus textos pronto pasó de considerarla una sustancia estimulante que podía ayudar a tratar la ansiedad y la depresión a desaconsejar su uso ya que producía deterioro físico y alucinaciones.

Años más tarde, en 1914, se dictaminó que la cocaína fuese una sustancia ilegal en los EE UU, cuya administración quedaba delimitada a la utilización de médicos y a los laboratorios. En los años 70 esta sustancia sigue siendo utilizada y mezclada con determinados compuestos, usándose como dieta para la obesidad, e incluso para tratar la melancolía. Después se extenderán sus aplicaciones para fines más recreativos. A la cocaína se le dio rienda suelta hasta que asomó la epidemia más destacable en la historia de los Estados Unidos, hecho que se produjo a mediados de la década de 1980 (Withers, Pulvirenti y Koob, 1995). Una mayor petición de tratamientos empezó a originarse cuando, en muchas personas, se comenzaron a desarrollar cuadros de psicosis a causa de la cocaína, lo mismo que ocurriría con las anfetaminas. Estos casos hacen que la sociedad empiece a vislumbrar los riesgos de una sustancia asociada al *glamour*, al éxito y al trabajo.

Este principio de siglo XXI, ha sido testigo de un desconcertante aumento del consumo de cocaína en los países occidentales, sobre todo en España. Algunos analistas señalaron que en los años 2005 y 2006 la epidemia estaba tocando techo, ya que los datos difícilmente podían ser peores (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011a). España se colocaba entre los países más consumidores de cocaína del mundo, junto al Reino Unido y Estados Unidos.

Las cosas se complican más cuando la información de que disponemos también nos permite destacar el elevado consumo de cocaína entre los pacientes que toman medicamentos como la metadona: “el 45,7% de los pacientes atendidos en programas de mantenimiento con metadona consumen cocaína u otros estimulantes”, (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011a)

A continuación, se expondrá un breve resumen de las variaciones de esta sustancia. La más conocida es la cocaína en polvo o clorhidrato de cocaína, y en este caso la vía principal para su consumo suele ser nasal -la sustancia se esnifa- y su efecto suele durar entre un arco de dos a tres horas; en determinados casos encontramos personas que consumen esta sustancia inyectándosela, sobre todo en aquellos que ostentan un largo historial de consumos, e implica por añadidura una mayor gravedad del caso.

Otra forma es el *basuko*, también llamado pasta de coca. El basuko es el resultado de mezclar hojas de coca maceradas con ácido sulfúrico y otras diversas sustancias. Este producto tiene un alto porcentaje de sulfato de cocaína y se suele consumir fumado, mezclado con tabaco u otras sustancias.

Un derivado de la coca es el *crack*. Tiene este nombre por la semejanza del ruido que provocan los cristales al romperse y el que produce al ser consumido. “Es el resultado del mezclar el clorhidrato de cocaína con bicarbonato sódico más amoníaco, se presenta en forma de microcristales, que al ser sometidos a la acción del calor emiten unos vapores que son inhalados” (Terán, 2004); llega rápidamente al cerebro y es altamente adictivo.

Los efectos de la cocaína son los siguientes: en primer lugar, provocan una sensación de euforia con tendencia a la “fuga de ideas”, las personas están en un estado constante de alerta, nerviosas, hiperactivas, comporta un aumento de la presión arterial, lo que conlleva una respiración agitada, las pupilas se dilatan y disminuye considerablemente el apetito.

Según Caballero (2005), las complicaciones más frecuentes en consumidores de cocaína son estas: intoxicación (efectos simpaticomiméticos), ornitológicas (sinusitis, perforación de tabique), cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, arritmias), neurológicas (convulsiones, focalidad, cefaleas, mareos), respiratorias (neumotórax, bronquitis), obstétricas (abrupción placentaria, teratogenia), sexuales (disfunciones sexuales, amenorrea, ginecomastia), infecciones (hepatitis, endocarditis, abscesos), intoxicaciones por adulterantes, endocrinas y otros problemas renales y gastrointestinales.

Anfetaminas:

Las anfetaminas surgieron como un extraordinario hallazgo al inicio del siglo XX, siendo comercializadas en los años treinta (Escohotado, 2001). Las sustancias más conocidas dentro de la familia de los psicoestimulantes son las anfetaminas que fueron sintetizadas en esa misma década de los años treinta. Las anfetaminas se recetaron para el tratamiento de algunos de los trastornos del sueño, concretamente para la llamada narcolepsia y, al igual que la cocaína se recomendó para la obesidad, empleándose asimismo como estimulante para los cuadros depresivos. También se recetó para la congestión nasal, el mareo y la sobredosis de hipnóticos (Escohotado, 2001). Hasta hace relativamente poco tiempo esta sustancia se despachó sin receta médica, como un artículo más de venta en las farmacias, lo cual favoreció su uso generalizado en la sociedad. Pero no sólo el carácter fácilmente accesible hizo que esta sustancia se hiciera popular. No es de extrañar que una sustancia que quita el desánimo y el apetito se empezara a usar en la Guerra Civil española y, después, continuara su uso en la larga posguerra. Por añadidura una población diana de esta sustancia fueron los estudiantes, pues no en balde se trata de una sustancia deseable por sus efectos a la hora de aumentar la concentración en los estudios. Las anfetaminas tienen una semivida más larga que la cocaína, es decir, los efectos duran más en el tiempo. Pero ambas sustancias también se asemejan, y al igual que otras, el consumo de estimulantes tiene más probabilidades de progresar y hacerse problemático en individuos con dificultades sociales o con trastornos psiquiátricos, incluyendo los trastornos de personalidad (Seivewright y Daly, 1997). Popularmente se conoce con el nombre de *speed*, una sustancia de color blanquecino con un tono entre rosado y anaranjado, según cómo la hayan mezclado. Tiene otros nombres, como “*hielo*” o “*chalk*”, y se suele esnifar, aunque también se puede fumar o inyectar. La eliminación del organismo suele ocurrir a las 12 horas aproximadamente.

Tabla 1.9. Drogas estimulantes del sistema nervioso central

TIPO DE DROGA	COCAÍNA	ANFETAMINAS	KHAT (CATHA EDULIS)
Clasificación.	Estimulante	Estimulante	Estimulante
Nombres alternativos.	Coca, crack, nieve, copos basuko, suko, farlopa, perico, dama blanca, <i>speed ball</i> (con heroína)	Anfetas, cristal, pastis o pastillas, <i>speed</i> , <i>ice</i> .	Khat.

Tabla adaptada del Plan Nacional sobre Drogas (2011).

Tabla 1.9. Drogas estimulantes del sistema nervioso central (continuación).

TIPO DE DROGA	COCAÍNA	ANFETAMINAS	KHAT (CATHA EDULIS)
Efectos	Se encontrará eufórico, irritable, hiperactivo, con tendencia a la “fuga de ideas”, nervioso, tembloroso, con pupilas dilatadas, pálido, con taquicardia y respiración agitada. En ocasiones convulsiones.	Estará pálido, con pupilas dilatadas, taquicardia y respiración rápida, sudoroso en ocasiones, con temblores o convulsiones. Disminución de la fatiga y aumento del estado de alerta y concentración. Anorexia.	Hipertensión arterial, taquicardia y palpitaciones o arritmias. Aumenta la temperatura, cefalea, dilatación pupilar, boca seca o estomatitis, temblores y en ocasiones convulsiones. Trastornos digestivos, retención urinaria y leves alteraciones hepáticas.
Conducta	En ocasiones puede ser un policonsumidor con características comunes al heroínomano. Irritable, ansioso, excitado, con tendencia a la violencia. Psicosis paranoide en ocasiones.	Puede ser policonsumidor. Agitado, ansioso, irritable, hiperactivo, con tendencia a desarrollar conductas violentas.	Cambios en el comportamiento, euforia, trastornos del lenguaje, cierta agresividad, hiperactividad, insomnio, irritabilidad y agitación. Rara vez cuadros psicóticos similares a la esquizofrenia. Alguna vez alucinaciones hipnagógicas.
Vías de administración	Esnifada, fumada, venosa.	Oral, venosa, esnifada, rara vez fumada.	Oral (mascado de hojas). Muy rara vez fumada
Duración efectos (Vida media)	1-2 horas (3 horas)	2-4 horas (7-34 horas)	2-4 horas (4 horas)
Periodo de detección de orina	2-3 días.	2-4 días, según grado de acidez de la orina.	24-36 horas
Síndrome de abstinencia	No existe un gran síndrome de abstinencia, pero en ocasiones el ansia de la droga le producirá leves trastornos físicos junto con una gran alteración psíquica. Insomnio o somnolencia. Irritable, agitado, tendencia a la violencia y a la actuación en “cortocircuito”	Leve síndrome de abstinencia, que cursa con sueño, confusión, temblores, fatiga y ansiedad. Irritabilidad, insomnio. En ocasiones tendencia a la violencia.	No se conoce síndrome de abstinencia. Cierta irritabilidad y ansiedad.
Presentación	Polvo blanco, cristalino, inodoro.	Pastillas, cápsulas, polvo blanco cristalino.	Hojas en distinto grado de secado.

Tabla adaptada del Plan Nacional sobre Drogas (2011).

Como se ha descrito en apartados anteriores, la nueva clasificación diagnóstica que ha propuesto el DSM - 5 (APA, 2013) ha dividido los trastornos por consumo de sustancias en función de la sustancia consumida. En la tabla 1.10. se va a presentar los criterios diagnósticos para la definición de trastorno por consumo de estimulantes. Del mismo modo en la tabla 1.12. se va a presentar los criterios para el diagnóstico de

intoxicación por estimulantes y por último, en la tabla 1.11, se van a presentar los criterios diagnósticos para la abstinencia de estimulantes.

Tabla 1.10. Criterios para el Trastorno por consumo de estimulantes DSM - 5

Un modelo de consumo de sustancias anfetamínicas, cocaína u otros estimulantes que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por dos (o más) de los ítems siguientes en un plazo de 12 meses:

- (1) Se consume el estimulante con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- (2) Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de estimulantes.
- (3) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del estimulante, con el consumo de la sustancia o con la recuperación de los efectos tras el consumo del estimulante.
- (4) Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes.
- (5) Consumo recurrente de estimulantes que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
- (6) Consumo continuado de estimulantes a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
- (7) El consumo de estimulantes provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas.
- (8) Consumo recurrente de estimulantes en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
- (9) Se continúa con el consumo de estimulantes a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.
- (10) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- (11) Abstinencia manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - (a) Presencia de síndrome de abstinencia característico de los estimulantes
 - (b) Se consumen estimulantes para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

Especificar la gravedad actual:

- Leve: presencia de 2-3 síntomas.
- Moderado: presencia de 4-5 síntomas.
- Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Tabla adaptada del DSM - 5 (Asociación de Psiquiatría Americana , 2013)

Tabla. 1.11. Criterios para abstinencia de estimulantes DSM - 5

- A. Cese (o reducción) de consumo prolongado de sustancias anfetamínicas, cocaína u otro estimulante.
- B. Humor disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos, que aparecen en el plazo de unas horas o días tras el criterio A:
 1. Fatiga.
 2. Sueños vívidos y desagradables.
 3. Insomnio e hipersomnia.
 4. Aumento del apetito.
 5. Retraso psicomotor y agitación.
- C. Los signos o síntomas del criterio B causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro en la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otras sustancias.

Tabla adaptada del DSM - 5 (Asociación de Psiquiatría Americana , 2013)

Tabla. 1.12. Criterios para la intoxicación por estimulantes DSM - 5

-
- A. Consumo reciente de una sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., euforia, embotamiento afectivo, cambios en la sociabilidad, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión o rabia; comportamientos estereotípicos, juicio alterado) que se presentan durante el consumo de estimulantes o poco tiempo después.
- C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de un estimulante:
1. Taquicardia o bradicardia.
 2. Dilatación pupilar
 3. Tensión arterial elevada o reducida.
 4. Sudoración o escalofríos.
 5. Náuseas o vómitos.
 6. Pérdida de peso.
 7. Agitación o retrasos psicomotores.
 8. Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor torácico o arritmias cardíacas.
 9. Confusión, convulsiones, discinesias, distonias o coma.
- D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, incluida la intoxicación por otra sustancia.
-

Tabla adaptada del DSM - 5 (Asociación de Psiquiatría Americana , 2013)

1.10.2. Drogas depresoras del sistema nervioso

Las drogas depresoras del sistema nervioso son los opiáceos, morfina, codeína, heroína, sucedáneos sintéticos del opio, tranquilizantes mayores, tranquilizantes menores, somníferos, los grandes narcóticos, cloroformo, éter, gas de la risa y fentanilos, vinos y licores (Escohotado, 2001). El consumo del opio está documentado en el año 4000 *a.C.* en la ciudad sumeria de Uruk, y en el año 1550 *a.C.*, en Egipto, se realizaban hasta 500 remedios con esta sustancia (León, 1990). Sin cambiar de escenario, en Egipto se utilizaba como analgésico y calmante (pomadas, vía rectal y oral), para evitar que los bebés gritasen fuerte. Su uso se extendió por Europa y Asia Menor (Pascual, 2009).

Heroína

La heroína se extrae de la planta llamada bellota de la adormidera (*papaver somniferum*), y es de color marrón. En su historia, como suele ocurrir con determinadas sustancias cuando todavía no se conocen bien, o cuando se desconocen con exactitud sus efectos secundarios, se utilizó como medicamento para los morfinómanos; la morfina, por su parte, es un alcaloide del opio, y se consumió principalmente en el siglo XIX.

En el año 1805 se sintetizó la *morfina* por Fiedrich William Sertüner y empezó a comercializarse por los laboratorios Merck a partir de 1827. Años más tarde, en 1874 se sintetizó la heroína (*diacetilmorfina*), fabricada por Bayer en 1883, que era cinco veces más adictiva que la morfina, (Pascual, 2009).

De la heroína, se decía que era una sustancia que no producía dependencia, y por ello “también se recomendó y utilizó como remedio eficaz para el tratamiento de la tos y la disnea en asmáticos y tuberculosos”, Becoña (1995). En el siglo XX, se dieron todas las condiciones necesarias para que en Occidente se empezara a consumir esta droga por determinados grupos sociales. En la mayoría de los países, su consumo se asocia a grupos generalmente menos favorecidos o marginales. Las sucesivas guerras mundiales son un paréntesis que truncan el consumo de la heroína y no es hasta la conocida época de los *hippies*, a finales de los años 60 y principios de los 70, cuando eclosiona el problema de la heroína en los Estados Unidos. En pocos años la heroína produjo un gran impacto, y esta misma crisis, aunque con algo de tardanza llegó a España aproximadamente en los años 1975 y 1977.

Es en estos años es cuando se comienza a detectar el problema, y su eclosión sin comedimiento se produce entre el año 1979 y 1982, siendo en 1992 cuando se alcanza el mayor número de nuevos heroinómanos en tratamiento. La mayoría de los heroinómanos eran consumidores por vía intravenosa.

Existen muchas hipótesis sobre las causas que fomentaron la rápida expansión de este problema en España. En primer lugar se ha dibujado un mapa social donde se estaban produciendo fuertes cambios sociales como la emigración del campo a las ciudades y, en segundo lugar, se comenzó a producir un trascendental cambio de roles. Paralelamente se vivía la transición democrática y el comienzo de las libertades, el paro y el fácil acceso a la jeringuilla hipodérmica. En su conjunto, todo esto se sumó a un absoluto desconocimiento de las drogas y concretamente de la heroína. Un país “ingenuo” como era España se vio entonces desbordada a la hora de enfrentarse a las numerosas agresiones y delitos por drogas. Poco a poco la epidemia de la heroína fue tomando formas más marginales, o mejor dicho, las personas que consumían heroína se deterioraban con mucha rapidez y comenzaban a tocar fondo en poco tiempo. La epidemia llegó a su máxima expresión en torno a la mitad de los años ochenta. Esta época proporcionó un gran cambio de actitud en la sociedad sobre la percepción del riesgo de las drogas, antes casi inexistente. El primer caso de SIDA constatado en

España fue en el año 1981. Del mismo modo las adulteraciones generaban, y siguen generando, problemas médicos importantes, lo que aumentaba la percepción del riesgo.

Tabla. 1.13. Criterios para el Trastorno por consumo de opiáceos DSM - 5

Un modelo de consumo de opiáceos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por dos (o más) de los ítems siguientes en un plazo de 12 meses:

- (1) Se consume opiáceos con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- (2) Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de opiáceos.
- (3) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de opiáceos, con el consumo de la sustancia o con la recuperación de los efectos tras el consumo.
- (4) Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir opiáceos.
- (5) Consumo recurrente de opiáceos que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
- (6) Consumo continuado de opiáceos a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
- (7) El consumo de opiáceos provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas.
- (8) Consumo recurrente de opiáceos en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
- (9) Se continúa con el consumo de opiáceos a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.
- (10) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de opiáceos para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - (b) el efecto de las mismas cantidades de opiáceos disminuye claramente con su consumo continuado.
- (11) Abstinencia manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - (a) Presencia de síndrome de abstinencia característico de los opiáceos
 - (b) Se consumen opiáceos para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

Especificar la gravedad actual:

- Leve: presencia de 2-3 síntomas.
- Moderado: presencia de 4-5 síntomas.
- Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Tabla adaptada del DSM - 5 (Asociación de Psiquiatría Americana , 2013)

Aproximadamente, a partir del año 1987, comienza un declive lento y progresivo. No aumenta significativamente el número de afectados, pero los que ya estaban enganchados acarrearán muchas dificultades para abandonar la dependencia. También es conocido que a consecuencia de la expansión del VIH se impulsó el cambio de vía de administración de los drogodependientes, comenzando a consumirse la heroína de forma inhalada, lo que se llama un chino (se inhalan los vapores que surgen de quemar la sustancia en papel de plata), y la jeringuilla se evita en la medida de lo posible por el miedo al VIH. La epidemia poco a poco pasa a ser “endémica”. Esto quiere decir que no aumenta específicamente el número de casos, pero la población de

heroinómanos tampoco desciende significativamente. Un colectivo, de corte más silencioso, que fundamentalmente es tratado con metadona. Lo único que cambia, y seguirá siendo una constante en los siguientes años, es que cada vez este colectivo aumenta lentamente su media de edad. Pese a que se consideraba erradicada, la heroína tuvo un pequeño repunte en el año 2007 (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011a). En principio las razones expuestas son el aumento de la producción en Afganistán y, posiblemente la llegada de inmigrantes de los países del Este que consumían esta droga.

Tabla. 1.14. Criterios para la intoxicación por opiáceos DSM - 5

-
- A. Consumo reciente de opiáceos.
 - B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o retraso psicomotores, juicio alterado) que se presentan durante el consumo de opiáceos o poco tiempo después.
 - C. Contracción pupilar (o dilatación debida a una anoxia en caso de sobredosis grave) y uno (o más) de los signos o síntomas siguientes, que aparecen durante o poco después del consumo de un opiáceos:
 - 1. Somnolencia o coma
 - 2. Habla pastosa
 - 3. Deterioro de la atención o de la memoria
 - D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, incluida la intoxicación por otra sustancia.
-

Tabla adaptada del DSM - 5 (Asociación de Psiquiatría Americana, 2013)

Tabla. 1.15. Criterios para abstinencia de opiáceos DSM - 5

-
- A. Precisa de alguno de los hechos siguientes:
 - 1. Cese (o reducción) de consumo de opiáceos que ha sido muy intenso y prolongado (es decir, varias semanas o más)
 - 2. Administración de un antagonista de los opiáceos tras un consumo prolongado de opiáceos.
 - B. Tres (o más) de los hechos siguientes, que aparecen en el plazo de unos minutos o varios días tras el criterio A:
 - 1. Humor disfórico
 - 2. Vómitos y náuseas.
 - 3. Dolores musculares.
 - 4. Lagrimeo y rinorrea.
 - 5. Dilatación pupilar, piloerección o sudoración.
 - 6. Diarrea.
 - 7. Bostezos.
 - 8. Fiebre.
 - 9. Insomnio.
 - C. Los signos o síntomas del criterio B causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro en la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otras sustancias.
-

Tabla adaptada del DSM - 5 (Asociación de Psiquiatría Americana, 2013)

Como se ha descrito en apartados anteriores, la nueva clasificación diagnóstica que ha propuesto el DSM - 5 (APA, 2013) ha dividido los trastornos por consumo de sustancias en función de la sustancia consumida. En la tabla 1.13. se presenta los criterios diagnósticos para la definición de trastorno por consumo de opiáceos. Del mismo modo en la tabla 1.14. se presenta los criterios para el diagnóstico de intoxicación por opiáceos y por último, en la tabla 1.15, se presenta los criterios diagnósticos para la abstinencia de opiáceos.

El alcohol

Otra sustancia depresora del sistema nervioso central es el alcohol, ya que inhibe paulatinamente las funciones cerebrales. Produce una sensación de euforia cuando se consume, pero realmente es una sustancia depresora.

En cuanto al alcohol cabe decir que el consumo originario y primitivo se basaba única y exclusivamente en las bebidas fermentadas, a partir de algunos frutos y cereales, fabricándose de estos último la cerveza, de la uva el vino y de la manzana la sidra fundamentalmente. Pero en la Edad Media se introdujo un aparato, el alambique, que permitía destilar estas sustancias y producir alcohol, o al menos unas bebidas de mayor concentración alcohólica (Pascual, 2009).

El componente del alcohol es el etanol o alcohol etílico. Se puede hacer una división sencilla de las bebidas alcohólicas en dos tipos: por un lado, las bebidas fermentadas, vino, cerveza y sidra, que tienen una graduación entre los 4° y los 15°. Se producen por la fermentación de los azúcares de las frutas o de los cereales. Por otro lado, encontramos las que se obtienen de la destilación de las bebidas fermentadas, con lo que presentan mayor concentración de alcohol. El orujo, el pacharán, el vodka, el whisky, el ron o la ginebra, tienen entre 40° y 50°. Esto supone, que el 40% o el 50% de lo que se bebe es alcohol puro (Plan Nacional Sobre Drogas, 2007). El alcohol se consume por vía oral y puede llegar a permanecer en el organismo hasta 18 horas después. La vía de eliminación principal es el hígado.

Hoy día, el consumo de alcohol es legal y forma parte del acervo cultural en muchos sentidos. El consumo de alcohol, por parte de adolescentes, se circunscribe fundamentalmente a los fines de semana, teniendo una edad de inicio de consumo muy temprana (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011a).

Tabla. 1.16. Criterios para el Trastorno por consumo de alcohol DSM - 5

Un modelo de consumo problemático de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por dos (o más) de los ítems siguientes en un plazo de 12 meses:

- (1) Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- (2) Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol.
- (3) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de alcohol, con el consumo de la sustancia o con la recuperación de los efectos tras el consumo.
- (4) Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
- (5) Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
- (6) Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
- (7) El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas.
- (8) Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
- (9) Se continúa con el consumo alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia .
- (10) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - (b) un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol
- (11) Abstinencia manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - (a) Presencia de síndrome de abstinencia característico de alcohol
 - (b) Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

Especificar la gravedad actual:

- Leve: presencia de 2-3 síntomas.
- Moderado: presencia de 4-5 síntomas.
- Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Tabla adaptada del DSM - 5 (Asociación de Psiquiatría Americana , 2013)

Además de ser una droga adictiva, el alcohol es la causa de unas 60 enfermedades y dolencias diferentes, incluso lesiones, trastornos mentales y del comportamiento, afecciones gastrointestinales, cánceres, enfermedades cardiovasculares, pulmonares y músculo-esqueléticas, trastornos reproductivos, así como daño prenatal, mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer (Anderson y Baumberg, 2006). En la tabla 1.16. se presenta los criterios diagnósticos DSM - 5 (APA, 2013) para la definición de trastorno por consumo de alcohol. Del mismo modo en la tabla 1.17 se presenta los criterios DSM - 5 (APA, 2013) para el diagnóstico de intoxicación por alcohol y por último, en la tabla 1.18, se presenta los criterios diagnósticos DSM - 5 (APA, 2013) para la abstinencia de alcohol.

Tabla. 1.17. Criterios para la intoxicación por alcohol DSM - 5

-
- A. Ingesta reciente de alcohol.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., comportamiento sexual inapropiado o agresivo, cambios de humor, juicio alterado) que se presentan durante el consumo de alcohol o poco tiempo después.
- C. Uno (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de alcohol:
1. Habla pastosa
 2. Incoordinación
 3. Marcha insegura.
 4. Nistagmo
 5. Alteración de la atención o de la memoria.
 6. Estupor o coma
- D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, incluida la intoxicación por otra sustancia.
-

Tabla adaptada del DSM - 5 (Asociación de Psiquiatría Americana, 2013)

Tabla. 1.18. Criterios para abstinencia de alcohol DSM - 5

-
- A. Cese (o reducción) de consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado.
- B. Aparecen dos (o más) de los signos o síntomas siguientes, que aparecen en el plazo de horas o pocos días tras el cese (o reducción) del consumo de alcohol:
1. Hiperactividad del sistema nervioso autónomo (p. ej. sudoración o ritmo del pulso superior a 100 lpm)
 2. Incremento del temblor de manos.
 3. Insomnio.
 4. Náuseas o vómitos.
 5. Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
 6. Agitación psicomotora.
 7. Ansiedad.
 8. Convulsiones tonicoclónicas generalizadas
- C. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otras sustancias.
-

Tabla adaptada del DSM - 5 (Asociación de Psiquiatría Americana, 2013)

Otra dos sustancias depresora del sistema nervioso es el GHB, que se conoce también como éxtasis líquido y el Poppers. Son sustancias de un menor índice de consumo pero que merece la pena ser mencionadas. En la tabla 1.19. se realiza una descripción de sus características principales.

Tabla 1.19. Sustancias depresoras del sistema nervioso central

TIPO DE DROGA	HEROÍNA (OPIÁCEOS)	G.H.B (GAMMA HIDROXIBUTIRATO)	POPPERS (NITRITO DE ISOBUTILO)
Clasificación	Depresor	Depresor, psicodisléptico.	Ligero depresor, afrodisíaco.
Nombres alternativos.	Caballo, nieve blanca, pico, morfo.	Biberones éxtasis líquido, líquido X, Oro bebible, Gib.	Poppers
Efectos	Actitud pasiva, lentitud, distanciada, lenta de entendimiento, tendencia al sueño, pupilas contraídas y respiración lenta o entrecortada. Puede tener dolores cólicos, retención urinaria y de heces, y vasodilatación cutánea	Depresión neurológica, con anestesia, somnolencia, obnubilación y euforia. Puede llegar al coma, debilidad muscular, bradicardia, cefalea, respiración lenta e irregular, confusión, incoordinación, incontinencia, temblores.	Puede producir meta-hemoglobinemia. Cursa con enrojecimiento de la piel, cefalea y trastornos digestivos. La piel, primero transpirable, después fría y azulada. Causa hipotensión, taquicardia, depresión respiratoria, convulsiones, euforia, letargia, vértigos, coma.
Conducta	Conducta pausada, dócil, con tendencia al distanciamiento y sueño profundo, pero en ocasiones irritable.	Habitualmente sedado o con ligera euforia, aumento de la sociabilidad, relajación y deseo de comunicarse, lento de ideas y reacciones. En ocasiones con ideas delirantes, agitación, alucinaciones o crisis de pánico.	A veces hay lenguaje incoherente, tendencia al suelo, aumento del tiempo de respuesta, tendencia a la violencia y agresividad en ocasiones. Aumento del deseo sexual (hay erección y dilatación del esfínter anal).
Vías de administración	Venosa, nasal (esnifada) inhalatoria (fumada).	Oral. Pudiera emplearse vía venosa.	Inhalatoria. Excepcionalmente (y peligrosa) oral.
Duración efectos (Vida media)	3-6 horas (7 horas con sus metabolitos activos)	30 minutos 2 horas (20-40 minutos)	5 – 7 minutos (Escasos minutos)
Período de detección de orina	2-4 días.	Muy corto, depende del individuo. Unas 12 horas de media.	Indetectable La-hemoglobinemia sanguínea puede durar varias horas.
Síndrome de abstinencia	Presenta ansiedad, dolores, náuseas o vómitos, diarrea, fiebre, lacrimeo, dilatación pupilar, sudoración, malestar general, irritabilidad, temblores, trastornos gastrointestinales, insomnio. Estará muy susceptible, agitado, puede tender a la violencia y ser poco paciente.	Apenas se conoce síndrome de abstinencia, caracterizado por insomnio, temblor, taquicardia y confusión. Puede haber delirios, agitación, ansiedad, paranoia o alucinaciones.	No se conoce bien el síndrome de abstinencia, aunque puede aparecer espasmo coronario tras su abuso. Produce cierta tolerancia a sus efectos.
Presentación	Polvo blanquecino, pardo, marrón. En ocasiones líquido.	Habitualmente en forma líquida, pero también como polvo blanco cristalino.	Líquido se presenta en botellitas de entre 10 y 30 cc.

Tabla adaptada del Plan Nacional sobre Drogas (2011a).

1.10.3. Drogas que alteran la conciencia

Consideramos sustancias que alteran la conciencia las denominadas visionarias y alucinógenas. Dentro de este grupo de drogas existen sustancias de potencia leve o media, como son el MDMA o éxtasis o derivados del cáñamo: marihuana, hachís; y sustancias de alta potencia como la mescalina, LSD, ergina, hongos psilocibos y sus alcaloides, ayahuasca, iboga, y kawa (Escohotado, 2001).

Cannabis:

El cannabis que se extrae de la planta *-cannabis sativa-*, es la droga ilegal que más se consume en España. De la resina de esta planta, se extrae el *hachís*, compuesto de ápices florales y otras partes del cáñamo índico, mezcladas con diversas sustancias azucaradas o aromáticas, que produce una embriaguez especial. También llamado *costo* o *chocolate*. Su aspecto por lo general es marrón y se deshace con el calor. Se fuman también sus hojas y flores (*cogollos*), lo que comúnmente se denomina marihuana. También se puede llamar de otras formas como “*hierba*”, “*maría*”, etc. Los efectos de esta sustancia suelen durar, entre dos o tres a seis horas. Al igual que otras sustancias, a la hora de obtenerla en el mercado negro, también podemos encontrarla mezclada con otras sustancias como el opio o incluso estimulantes.

El cannabis se conocía en China hace al menos 10.000 años, y en el año 2737 *a.C.* aparece documentado su uso para el tratamiento de distintas enfermedades en ese país. Descubrimientos arqueológicos en Europa, indican que aquí ya existía en el año 7000 *a.C.* (Becoña, 1995). En un tratado de medicina chino, que data del siglo I, se decía que: “El cáñamo tomado en exceso hace ver monstruos, pero si se usa largo tiempo puede comunicar con los espíritus y aligerar el cuerpo” (Pascual, 2009).

Esta planta se utilizó, para rituales de paso e iniciación, y en relación al área de los usos médicos, la planta formaba parte de tratamientos para oftalmia, fiebre, insomnio, tos seca y disentería (Escohotado, 2001). Esta sustancia gozaba, y en parte sigue gozando, de la creencia popular de no provocar adicción alguna. Actualmente a nivel popular esta sustancia está falsamente asociada a lo natural, incluso a lo terapéutico. En esta última década se ha popularizado el autocultivo dentro de los propios hogares, en garajes, pequeñas fincas valladas, áticos recónditos, trasteros, incluso dentro de armarios, lugares que si se acondicionan con instalaciones relativamente apropiadas pueden obtener varias cosechas al año y plantas con una alta concentración en *tetrahidrocannabinol* (T.H.C.) En la actualidad, se ha popularizado mucho e incluso existen revistas especializadas en esta planta. Incluso, podemos

encontrar partidos políticos en diferentes países que abogan por su legalización. No deja de sorprender que el consumo como el cultivo de la planta *cannabis sativa*, suele estar asociado a los valores ecológicos y contraculturales, y hasta se relaciona a los valores solidarios. Hoy en día, también sabemos a ciencia cierta que la sustancia en cuestión provoca dependencia, y tras su abuso se puede llegar a la intoxicación. Intoxicación que llega a favorecer la aparición de cuadros psicóticos. Actualmente, una de las mayores alertas sanitarias son los adolescentes que llegan a urgencias con brotes psicóticos tras consumir cannabis.

El organismo genera tolerancia a esta sustancia, y al igual que la mayoría de las sustancias progresivamente crea necesidad de más cantidad para obtener los efectos anteriormente conseguidos. Las personas que abandonan la sustancia padecen ansiedad, sintomatología depresiva, insomnio y, de alguna manera, se manifiesta un efecto contrario a los síntomas del consumo; durante el periodo de abstinencia se sienten y muestran a los demás de una forma irritable.

El cannabis actúa sobre el sistema de gratificación y recompensa cerebral de la misma forma que lo hacen otras drogas, a través de estimular la liberación de dopamina. Por eso, entre otras cosas, el consumo continuado de cannabis produce adicción. La adicción aparece entre el 7% y el 10% de las personas que lo han probado, y en uno de cada tres que lo consumen habitualmente (Plan Nacional Sobre Drogas, 2007). El compuesto propio del cannabis es el *tetrahidrocannabinol* (THC), que actúa sobre el organismo generando diferentes reacciones tras ser consumido, de forma que puede provocar fallos en la memoria y en la concentración, provoca dificultad para pensar, desinhibición, somnolencia y relajación, percepción distorsionada de la realidad, cierta descoordinación motora, sequedad en la boca y cambios bruscos de humor. Todo ello bajo un fervoroso y agradable estado emocional de entusiasmo si se consume en dosis bajas; si se consume en grandes cantidades puede producir episodios de fuerte ansiedad. A largo plazo, puede provocar dependencia, pero también trastornos emocionales, enfermedades bronco pulmonares, cuadros psicóticos, problemas de memoria y de aprendizaje, etc.

Estos efectos también dependen de la concentración de THC. Las hojas trituradas y los llamados cogollos, que es lo que se denomina marihuana, pueden tener una concentración de THC que varía del 1% al 15 %. Por su parte, el llamado *hachís*, tiene un contenido de THC que va de un 15% a un 20%, ya que se obtiene del prensado de la resina de la planta hembra. Pero la mayor concentración de THC la encontramos

en el llamado *aceite de hachís*, el cual es resultado de mezclar la resina con diferentes disolventes como el alcohol: se obtiene THC en proporciones entre 25 y 50%, aunque algunas fuentes señalan que la concentración puede ser de hasta un 75%. El THC, tiene una vida media en el organismo aproximada de una semana, lo que significa que, una semana después de consumirlo, el organismo no ha conseguido eliminar más que aproximadamente el 50% (Plan Nacional Sobre Drogas, 2007).

Tabla. 1.20. Criterios para el Trastorno por consumo de cannabis DSM - 5

Un modelo de consumo problemático de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por dos (o más) de los ítems siguientes en un plazo de 12 meses:

- (1) Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- (2) Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de cannabis.
- (3) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de cannabis, con el consumo de la sustancia o con la recuperación de los efectos tras el consumo.
- (4) Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis.
- (5) Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
- (6) Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
- (7) El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas.
- (8) Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
- (9) Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.
- (10) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - (b) un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis
- (11) Abstinencia manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - (a) Presencia de síndrome de abstinencia característico del cannabis
 - (b) Se consume cannabis (o alguna sustancia muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

Especificar la gravedad actual:

- Leve: presencia de 2-3 síntomas.
- Moderado: presencia de 4-5 síntomas.
- Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Tabla adaptada del DSM - 5 (Asociación de Psiquiatría Americana , 2013)

En la tabla 1.20. se presenta los criterios diagnósticos DSM - 5 (APA, 2013) para la definición de trastorno por consumo de cannabis. Del mismo modo en la tabla 1.21. se presenta los criterios DSM - 5 (APA, 2013) para el diagnóstico de intoxicación

por consumo de cannabis y por último, en la tabla 1.22, se presenta los criterios diagnósticos DSM - 5 (APA, 2013) para la abstinencia de cannabis.

Tabla. 1.21. Criterios para la intoxicación por cannabis DSM - 5

-
- A. Consumo reciente de cannabis.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., descoordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de paso lento del tiempo, alteración del juicio, aislamiento social) que se presentan durante el consumo de cannabis o poco tiempo después.
- C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen dos horas después del consumo de cannabis:
1. Inyección conjuntiva.
 2. Aumento del apetito
 3. Boca seca.
 4. Taquicardia.
- D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, incluida la intoxicación por otra sustancia.
-

Tabla adaptada del DSM - 5 (Asociación de Psiquiatría Americana , 2013)

Tabla. 1.22. Criterios para abstinencia de cannabis DSM - 5

-
- A. Cese brusco del consumo de cannabis, que ha sido intenso y prolongado (p. ej. consumo diario o casi diario, durante un periodo de varios meses por lo menos).
- B. Aparecen tres (o más) de los signos o síntomas siguientes, que aparecen en el plazo de una semana tras el criterio A:
1. Irritabilidad, rabia o agresividad.
 2. Nerviosismo o agresividad.
 3. Dificultades para dormir.
 4. Pérdida de apetito o de peso.
 5. Intranquilidad.
 6. Estado de ánimo deprimido.
 7. Por lo menos uno de los síntomas físicos siguientes que provoca una incomodidad significativa: dolor abdominal, espasmos y temblores, sudoración, fiebre, escalofríos o cefalea.
- C. Los signos o síntomas del criterio B causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro en la actividad laboral y social o en otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otras sustancias.
-

Tabla adaptada del DSM - 5 (Asociación de Psiquiatría Americana , 2013)

L.S.D.

Otra sustancia muy conocida, es el LSD (*Dietilamida de Ácido Lisérgico*), descubierto por casualidad por Hofmann en 1938. El ácido lisérgico es un componente del moho del cornezuelo del centeno, un hongo denominado *Claviceps Purpúrea* que crece sobre el grano del centeno. Este fármaco produce cambios oníricos en el humor y el pensamiento, y alerta la percepción del tiempo y del espacio (Pascual, 2009). Lo

podemos encontrar en los llamados “*tripis*”, que tienen efecto hasta 8 ó 10 horas tras ser ingeridos. Es una sustancia de gran impacto, y se suele presentar en papel secante, cuarteado para ser dividido con más facilidad, y sobre la superficie que se va a ingerir, se suelen insertar dibujos que representan dragones, formas geométricas o personajes como Popeye. Se consume dejando el papel bajo la lengua, hasta que se deshace. Otra de las características de esta sustancia es que no produce dependencia. Esta sustancia fue el mayor exponente del movimiento de la psicodelia, y uno de sus máximos defensores fue Aldous Huxley, quien escribió el conocido libro *Las puertas de la percepción* en 1954, donde se planteaba una superación de la dualidad mente-cuerpo.

MDMA

El MDMA (3-4 metilenedioximetanfetamina), se creó en 1912 cuando la compañía farmacéutica Merck la aisló de forma casual. En un principio, y al no encontrarse una aplicación médica concreta, se abandonó su estudio. En los años cincuenta, el ejército norteamericano investigó en este terreno, buscando un fármaco, una especie de suero de la verdad que forzara a los prisioneros a declarar. (Escohotado, 2001). El MDMA o popularmente denominada “*éxtasis*”, es una droga sintética llamada *de diseño*. Se la han adjudicado muchos otros nombres, como “*droga del amor*”, “*adán*”, “*pirujas*” o “*pastis*” a secas. Esta sustancia comienza a encontrarse a finales de los 80 y sobre todo se puso de moda en los años 90. Como suele ocurrir, estuvo vinculada a las corrientes estéticas y sobre todo musicales de aquellos años, al estilo *new age*, a la música *tecno*, también a la *música psicodélica* y al llamado “*bacalao*”. Cada pastilla puede tener aproximadamente entre 60 y 110 miligramos de MDMA y sus efectos duran, como ocurre con otras drogas, entre dos y tres horas. Aunque a esta sustancia esta incluida entre las alucinógenas, bien es cierto que en el mercado suelen estar mezcladas en la mayoría de los casos con anfetaminas y metanfetaminas, lo cual robustece al “*éxtasis*” con un efecto fascinador estimulante y vigorizante.

Por lo general se consume en forma de pastillas, pero también hay variaciones de la sustancia que se presenta en piedras dentro de pequeñas bolsas o tarros, por lo que se le llama “*cristal*”; también se presenta en polvo, o en una estructura rocosa en apariencia, y en ocasiones se envuelve en papel y se consume por vía oral, lo que se ha denominado popularmente como “*bombas o bombitas*”, formato que se puso de moda a partir de 2005. Cada una de estas variantes tiene diferencias en cuanto a las sustancias

que posee. El MDMA incrementa en el cerebro la actividad de ciertos neurotransmisores como la serotonina (que regula el estado de ánimo, el sueño, las emociones y el apetito), la dopamina (responsable del sistema de gratificación cerebral y, por tanto, de los efectos placenteros de las drogas) y la norepinefrina (potente estimulante cerebral y cardíaco) (Plan Nacional Sobre Drogas, 2007). La sobredosis se manifiesta por taquicardia, hipertensión, alucinaciones visuales, hipertonía muscular, etc, pero uno de los mayores peligros es el llamado “golpe de calor” que se produce en quienes por ejemplo bailan durante horas, lo cual aumenta su temperatura corporal de forma considerable y puede llegar a provocar un problema renal. Pero, además de este riesgo, encontramos evidencias de otra suerte de problemas a largo plazo, y son problemas de índole psiquiátrico: depresión, psicosis, ataques de pánico, agresividad, etc. Cabe señalar que esta sustancia también produce dependencia y su ausencia en el organismo puede provocar síndrome de abstinencia.

Ketamina

Por último, y sin pretender abarcarlo todo, hablaremos de la ketamina, sustancia que tiene un gran potencial alucinógeno. Fue sintetizada en 1962 y se utiliza hoy en día como analgésico y anestésico con fines sanitarios en veterinaria. Se presenta líquida e incolora. En el mercado negro, se le llama “*Special K*”. Administrada en cantidades elevadas puede provocar cuadros psicóticos.

En la tabla 1.23., Drogas que alteran la conciencia, se realizará un resumen de la información más relevante del presente apartado, donde se podrá comparar las diferencias que existen dentro de las sustancias que alteran la conciencia en cuanto los efectos, las vías de consumo, duración de los efectos, síndrome de abstinencia y los nombres con los que se puede encontrar en el mercado ilegal.

Tabla 1.23. Drogas que alteran la conciencia

TIPO DE DROGA	LSD (DIETILAMIDA DEL ÁCIDO LISÉRGICO)	CANNABIS	DROGAS DE SÍNTESIS.
Clasificación	Psicodisléptico	Psicodisléptico	Psicodisléptico
Nombres alternativos.	Tripi, ácido, barriles, Disney, pizca, relámpago, terrón de azúcar.	Haschis, marihuana, grifa, hierba, costo, porro, etc.	Pastis o pastillas, éxtasis, Eva, droga o píldora del amor. También se llaman según el troquelado de la pastilla.

Tabla adaptada de Plan Nacional sobre Drogas (2011).

Tabla 1.23. Drogas que alteran la conciencia (continuación).

TIPO DE DROGA	LSD (DIETILAMIDA DEL ÁCIDO LISÉRGICO)	CANNABIS	DROGAS DE SÍNTESIS.
Efectos	Alucinaciones visuales, auditivas, táctiles, del propio cuerpo y del sentido del tiempo. Dilatación pupilar, hipertensión, taquicardia, sudoración, palpitaciones, temblores, visión borrosa, incoordinación, piloerección.	Se encuentra locuaz, con tendencia a la risa, leve taquicardia, ansiedad, alteraciones de memoria, desorientación, inyección conjuntival, visión amarillenta.	Presentan ansiedad, hiperactividad, taquicardia, aumento de temperatura, en ocasiones alteraciones visuales y más rara vez alucinaciones, temblores o cierta rigidez y dilatación pupilar. Comparten buena parte de los efectos de las anfetaminas.
Conducta	Su consumo está ligado a ambientes concretos. El consumidor está alerta, con tendencia a la despersonalización e ideas delirantes, con ansiedad, depresión, paranoia y, en ocasiones, crisis de pánico y psicosis.	Puede ser policonsumidor. Tendencia al síndrome amotivacional. Euforia, irritabilidad, bruscos cambios de humor. En ocasiones psicosis.	Suelen ser personas jóvenes cuyo consumo está relacionado con las actividades de ocio (discotecas, salas de música bacalao, fiestas, etc.) De apariencia normal, excepto que sean policonsumidores. Irritabilidad, ansiedad en ocasiones psicosis. Aumento de la sociabilidad.
Vías de administración	Oral. Sublingual. Rara vez venosa.	Fumada, rara vez oral.	Oral. Rara vez otras vías.
Duración efectos (Vida media)	8-12 horas (1,5-4 horas)	2-4 horas (14-38)	2-4 horas (7-20 horas, en función del grado de acidez en orina)
Período de detección de orina	1-5 días	20 días en uso esporádico. Hasta 80 días en uso regular o crónico.	2-3 días.
Síndrome de abstinencia	No hay síndrome de abstinencia. En función del “viaje” puede presentar gran agitación y pánico o sentimientos místicos tras abandonar el consumo. Episodios de recurrencia.	No hay apenas síndrome de abstinencia. Síndrome amotivacional, en ocasiones tendencia a las transgresiones leves de la legalidad.	Apenas hay síndrome de abstinencia. Irritabilidad, insomnio, temblores. Conducta algo agitada, ansiedad.
Presentación	“Sellos” con distintas figuras geométricas o personajes, comprimidos de reducido tamaño o polvo cristalino blanco	Aglomerado de hojas, flores y tallos; pasta; resina; líquido oleoso.	Comprimidos de distintas formas y colores, cápsulas, en ocasiones polvo cristalino blanco.

Tabla adaptada de Plan Nacional sobre Drogas (2011)

En la tabla 1.24. se presenta los criterios diagnósticos DSM - 5 (APA, 2013) para la definición de trastorno por consumo de alucinógenos, donde se incluirían la ketamina, el LSD y el MDMA. Del mismo modo en la tabla 1.25. se presenta los criterios DSM - 5 (APA, 2013) para el diagnóstico de intoxicación por consumo de alucinógenos.

Tabla. 1.24. Criterios para el Trastorno por consumo de alucinógenos DSM - 5

Un modelo de consumo problemático de alucinógeno que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por dos (o más) de los ítems siguientes en un plazo de 12 meses:

- (1) Se consume algún alucinógeno con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- (2) Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alucinógeno.
- (3) Se invierte mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alucinógeno, con el consumo de la sustancia o con la recuperación de los efectos tras el consumo.
- (4) Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alucinógeno.
- (5) Consumo recurrente de alucinógeno que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej. ausencias repetidas del trabajo o bajo rendimiento escolar relacionados con el consumo del alucinógeno; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con el alucinógeno; desatención de los niños o del hogar).
- (6) Consumo continuado de alucinógeno a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos (p. ej. discusiones con un cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación, enfrentamientos físicos).
- (7) El consumo de alucinógeno provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas.
- (8) Consumo recurrente de alucinógeno en situaciones en las que provoca un riesgo físico (p. ej. cuando se conduce un automóvil)
- (9) Se continúa con el consumo de alucinógeno a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia .
- (10) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

(b) un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis

Especificar la gravedad actual:

- Leve: presencia de 2-3 síntomas.
- Moderado: presencia de 4-5 síntomas.
- Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Tabla adaptada del DSM - 5 (Asociación de Psiquiatría Americana, 2013)

Tabla. 1.25. Criterios para la intoxicación por alucinógeno DSM - 5

-
- A. Consumo reciente de un alucinógeno.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., ansiedad o depresión notables, ideas de referencia, miedo a perder la cabeza, ideas paranoides, juicio alterado) que se presentan durante el consumo de alucinógeno o poco tiempo después.
- C. Cambios en la percepción que suceden estando plenamente despierto y alerta (p. ej. intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, pérdida de contacto con la realidad, ilusiones, alucinaciones, sinestesias) que aparecen durante o poco después del consumo de alucinógenos.
- D. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen poco después del consumo de alucinógenos:
1. Dilatación pupilar.
 2. Taquicardia
 3. Sudoración
 4. Palpitaciones
 5. Visión borrosa.
 6. Temblores.
 7. Incoordinación.
- E. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, incluida la intoxicación por otra sustancia.
-

Tabla adaptada del DSM - 5 (Asociación de Psiquiatría Americana, 2013)

1.14. Últimas tendencias en consumo, drogas emergentes y legal highs

Parece de interés dedicar unas líneas a la descripción de las últimas tendencias en el consumo de sustancias psicoactivas. Debido al desarrollo de la sociedad y al uso de las nuevas tecnologías el consumo de drogas en los últimos tiempo está sufriendo una ligera modificación en su patrón habitual de consumo. Gracias al impacto internet las formas de consumir y traficar con drogas se están viendo modificada. La información fluye de una manera más rápida y efectiva, hecho que por lo general suele ser muy beneficioso, pero que, como todo desarrollo produce, también tiene un uso negativo. Gracias a la generalización del uso de internet y del comercio en la red se está produciendo una rápida expansión de las *legal highs* y otro tipo de drogas emergentes. El Plan Nacional Sobre Drogas (2011a) define las drogas emergentes como sustancias que aparecen en el mercado de las drogas en un momento determinado y son una novedad. Pueden ser conocidas previamente o ser nuevas drogas, generalmente no están incluidas en las listas de sustancias psicótropas o estupefacientes y por tanto no son ilegales. Dentro de las drogas emergentes las que están afectando en mayor medida

a la sociedad española son las *legal highs* y *highs Research chemicals* (RCs), las cuales se describen a continuación.

El Plan Nacional Sobre Drogas (2011a) define las *legal highs* como productos que incluyen una o varias sustancias, desde mezclas de hierbas a drogas preparadas en el laboratorio, que imitan los efectos de las drogas ilegales como la marihuana, el éxtasis, la catinona, el LSD o la cocaína, pero que no utilizan ingredientes psicoactivos o sustancias prohibidas, hasta el momento, por la ley. Estos productos pueden consumirse por diferentes vías, tanto fumados como esnifados, ingeridos, etc. El incentivo de este tipo de sustancias es que su venta por el momento es legal, especialmente en Reino Unido, donde se pueden encontrar como ambientadores de hogar, variedades de incienso o sales de baño. Los productos más característicos de esta categoría son los llamados *spice drugs* que contenían cannabinoides sintéticos.

Los RCs o *Research chemicals* tienen como traducción al castellano sustancias químicas de investigación. También se ha denominado nuevas sustancias de síntesis. Se definen en el Plan Nacional Sobre drogas (2011a) a los RCs como sustancias psicoactivas sintéticas, no fiscalizadas internacionalmente, que son vendidas por proveedores que operan, principalmente, a través de Internet. Ello no significa que sean sustancias nuevas. Unas lo son y otras fueron sintetizadas hace muchos años. En muchas ocasiones, se presentan en bolsas de plástico con una etiqueta en la que se muestra su denominación y peso, y que incluye frases como “No para uso humano” y “Sólo para uso de laboratorio o técnico”. La característica principal de esta categoría de productos es el escaso conocimiento científico que se tiene sobre ella. Apenas existen estudios farmacológicos y toxicológicos por lo que se desconocen las consecuencias de su consumo en el ámbito social.

Como resumen del apartado de conceptualización de las drogas se podría destacar que existen varios conceptos clave muy útiles para entender los procesos de consumo y de los de tratamiento dentro de las adicciones. En primer lugar cabe destacar la definición de droga como una sustancia de acción psicótropa, cuyos efectos pueden ser narcóticos, estimulantes, deprimentes o alucinógenos. El uso prolongado de estas sustancias provoca tolerancia, habituación y adicción (Sillamy 2003). Otros conceptos que van a ayudar a entender el fenómeno del consumo de drogas son el de uso, abuso y dependencia, claves para poder entender el perfil de consumo de cada sujeto concreto. Del mismo modo se han definido los conceptos de tolerancia, síndrome de abstinencia e

intoxicación, conceptos que explican las consecuencias físicas de los consumos a corto, medio y largo plazo. Por último se ha realizado un repaso de los tipos de droga clasificadas según el efecto que producen sobre el organismo, depresoras, estimulantes y perturbadoras, y se ha expuesto los criterios diagnósticos DSM - 5 (Asociación de Psiquiatría Americana , 2013) para el trastorno por consumo, para la intoxicación y para la abstinencia de diversas sustancias.

Capítulo 2

Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes

2.1. Definición de prevalencia y fuentes de información

Según la Real Academia de la Lengua Española (2002) la prevalencia se define como: "En epidemiología, proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio". La prevalencia por tanto va a ser un concepto muy útil para poder evaluar la progresión de un fenómeno como el consumo de drogas en la adolescencia.

Para poder realizar un análisis del estado actual de los consumos de drogas en nuestro país, es fundamental consultar los estudios del Plan Nacional sobre Drogas, dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España. En relación a la prevalencia sobre las drogas, los estudios más destacables en España son la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas (EDADES) (Plan Nacional sobre Drogas, 2015) y La Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) (Plan Nacional sobre Drogas, 2014) ambas auspiciadas por el Plan Nacional sobre Drogas. De estas dos fuentes primordiales de información se analizarán los datos obtenidos por la encuesta ESTUDES, ya que se centra en la descripción del consumo de drogas de la población objeto de estudio de la presente tesis doctoral.

La última encuesta ESTUDES (Plan Nacional sobre Drogas, 2014), aparte de describir la prevalencia de los consumos de drogas, realiza un especial hincapié en el estudio de los factores de riesgo ante el consumo de las mismas. Por el contrario, los datos ofrecidos por la anterior encuesta ESTUDES 2010 (Plan Nacional sobre Drogas, 2011b), realizan una descripción mucho más pormenorizada de la tipología de consumo de los adolescentes en nuestro país. Al no haber variado de modo significativo el patrón de consumo de los adolescentes desde el año 2010 al año 2013, en la presente tesis doctoral se valorarán los datos de la encuesta ESTUDES 2010 (Plan Nacional sobre Drogas, 2011b) para la descripción de la prevalencia de consumo de drogas de los adolescentes en España. A pesar de que la encuesta de 2010 tenga un mayor valor descriptivo merece la pena destacar las aportaciones que realiza la encuesta del año 2013 en referencia a los estudios anteriores.

La metodología la encuesta ESTUDES (Plan Nacional sobre Drogas, 2011b) se caracterizó por haber realizado un estudio a nivel nacional a adolescentes entre 14 y 18 años que se encuentran cursando el segundo grado de Educación Secundaria

Obligatoria, 1º y 2º de Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio, siendo la muestra final cercana a los 32.000 participantes.

Para completar la información que nos ofrece el Plan Nacional sobre Drogas se tomará como referencias otros informes emitidos por la Unión Europea, con el fin de evaluar la tipología de consumo de los adolescentes españoles dentro del marco europeo. Con este fin se va a consultar el Informe ESPAD 2011 (Consumo de sustancias entre estudiantes de 36 países europeos), del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2011). El informe ESPAD 2011 recoge información sobre la prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes de entre 15 y 16 años de 36 países. Este informe contó con la participación de más de 100.000 estudiantes de los 36 países participantes, arrojando datos muy fiables sobre la prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes en el marco de la Unión Europea.

El último apartado de este punto se centrará en el estudio de la prevalencia del consumo de drogas en menores infractores de nuestro país. Para ello se consultará la literatura publicada al respecto a nivel nacional, exponiéndose los artículos más relevantes al respecto.

2.2. Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes europeos

Para la elaboración del presente apartado se han consultado los datos obtenidos por el informe ESPAD 2011 del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2011). En dicho informe se realiza una descripción de la situación de los consumos de alcohol y otras drogas en los países participantes en el estudio y se obtienen conclusiones generales del avance de los patrones de consumo de drogas en la adolescencia. A continuación se exponen las situación de consumo en adolescentes en función de la sustancia ingerida:

a) Tabaco: Como promedio, en la encuesta de 2011, el 54 % de los estudiantes de los países participantes afirmaron haber fumado cigarrillos al menos una vez, y el 28% lo había hecho en los 30 días anteriores. El 2% de todos los estudiantes había fumado al menos un paquete de cigarrillos al día durante los últimos 30 días. Los países con una elevada prevalencia de consumo de cigarrillos en los últimos 30 días son Bulgaria, Croacia, la República Checa, Francia, Letonia, Mónaco y Eslovaquia (en torno al 40 %), y los de baja prevalencia son Albania, Islandia, Montenegro y Noruega

(alrededor del 12 %). No se observa ningún patrón geográfico evidente. En los países en los que fuman más estudiantes, la probabilidad de que estos refieran que los cigarrillos se obtienen con facilidad también es mayor. El inicio temprano en el consumo de tabaco (a los 13 años de edad o antes) se asocia, a escala nacional agregada, con niveles elevados de consumo en los 30 días anteriores. Como promedio, el 7% de los estudiantes admitió haber consumido cigarrillos a diario a los 13 años o a menor edad. A escala nacional agregada, las diferencias de género en 2011 son poco significativas con respecto al consumo de tabaco en los últimos 30 días, mientras que en 1995 y 1999 sí se apreciaba una pequeña brecha, con un mayor número de varones fumadores. En cuanto a la evolución del patrón de consumo del tabaco puede observarse una caída de 7 puntos porcentuales en el consumo de cigarrillos en los últimos 30 días entre 1999 y 2007, pero la situación se mantuvo estable en 2011 respecto a 2007.

b) Alcohol: En todos los países participantes en la ESPAD, salvo Islandia, al menos el 70 % de los estudiantes han bebido alcohol como mínimo una vez en su vida, con una media del 87 % en la encuesta de 2011. Las cifras medias correspondientes al consumo en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días ascienden al 79% y al 57%, respectivamente. En lo que respecta a los tres períodos considerados, se registraron descensos moderados de 2003 a 2007, y del año a 2011. No existe un patrón geográfico evidente, pero los países con proporciones relativamente bajas se encuentran fundamentalmente en las regiones nórdicas y de los Balcanes. Las cifras de promedios nacionales relativas a la prevalencia del consumo en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días son semejantes en los dos géneros, pero cuando existen diferencias, la prevalencia casi siempre es mayor en el caso de los varones. Entre los estudiantes que declararon las cantidades que habían consumido de diversas bebidas el último día que bebieron alcohol, el consumo medio estimado fue diferente entre los dos géneros; en concreto, los varones bebieron una tercera parte más que las chicas (promedios de 2011 de 5,8, frente a 4,3 centilitros de alcohol 100%). Una diferencia significativa en esta dirección puede observarse en casi todos los países. No obstante, en dos de ellos (Islandia y Suecia), las cantidades medias fueron aproximadamente las mismas en el caso de las chicas y de los chicos. En una gran mayoría de los países, la cerveza es la bebida predominante entre los varones, mientras que en algo más de la mitad de los países, los licores son la bebida más importante entre las chicas. Como promedio, estos dos tipos de bebida representan en torno al 70 % del consumo total de los estudiantes.

Existen enormes diferencias entre países. En lo que se refiere al día más reciente de consumo, los estudiantes daneses bebieron una cantidad media de alcohol tres veces superior que los de Albania, Moldavia, Montenegro y Rumanía. Las grandes cantidades se concentran fundamentalmente en los casos de los estudiantes de los países nórdicos y de las Islas Británicas. Las cantidades medias ingeridas en el día más reciente de consumo fueron prácticamente las mismas en 2011 y 2007. Sin embargo, a escala nacional, aumentaron significativamente en 2011 en diez países, mientras que disminuyeron sólo en cuatro. Existe una fuerte asociación a escala nacional entre la ingesta de alcohol declarada en el último día de consumo, y el nivel percibido de intoxicación en dicho día. Así, en países donde los estudiantes admitieron haber consumido grandes cantidades de alcohol, estos también refirieron unos niveles de intoxicación superiores. Otra forma de medir la embriaguez consiste en preguntar a los estudiantes con qué frecuencia han consumido cinco o más bebidas en una misma ocasión en los últimos 30 días. Esta medida de «consumo intensivo ocasional» ha experimentado uno de los cambios más llamativos en el caso de las chicas entre las distintas ediciones de ESPAD, con un promedio agregado que ha aumentado desde el 29 % en 1995, hasta el 41 % en 2007. No obstante, en la encuesta de 2011, esta cifra se redujo hasta el 38 %. Entre los chicos, la proporción también es ligeramente inferior en 2011 (43 %) que en 2007 (45 %), y se acerca así también relativamente a la de 1995 (41 %). En promedio, la diferencia entre los dos géneros se ha reducido desde 12 puntos porcentuales en 1995, hasta 5 en 2011, pero incluso en la encuesta más reciente, una cifra de chicos significativamente superior a la de chicas admitió un consumo intensivo ocasional en 22 de los países participantes en la ESPAD. La observación del mapa no permite obtener ningún patrón geográfico evidente.

Como promedio, casi seis de cada diez estudiantes admitieron haber consumido al menos una copa de alcohol con 13 o menos años de edad, y un 12 % se habían emborrachado a esa edad. Esta respuesta la dieron, como media, más chicos que chicas, y dicha tendencia se observó en casi todos los países. Algunos estudiantes admitieron haber tenido problemas relacionados con su consumo de alcohol en los últimos 12 meses. Los tipos de problema más frecuentemente declarados fueron «un rendimiento deficiente en la escuela o en el trabajo» (13 %), y problemas graves con los amigos o con los padres (12 % en cada caso). En promedio, la mayoría de los problemas relacionados con el alcohol son más comunes entre los chicos. Dicha tendencia es más

pronunciada en el caso de las «peleas» y los «problemas con la policía». Sin embargo, los promedios relativos a algunos de estos problemas son prácticamente iguales para los dos géneros, incluido el «rendimiento deficiente en la escuela o en el trabajo» y los problemas graves con los padres o los amigos.

c) Drogas ilegales: Casi un tercio (29 %) de los estudiantes de los países participantes en ESPAD consideran que el cánnabis se puede conseguir con (bastante o mucha) facilidad. Sin embargo, existen enormes diferencias entre países, y las proporciones oscilan entre el 59 % de la República Checa, al 6 % de Moldavia. La probabilidad de que los chicos consideren el cánnabis fácil de obtener es ligeramente superior a la de las chicas (33 % frente al 28 % en 2011), y esta tendencia se observa también en la mayoría de los países por separado, con cifras significativamente superiores entre los chicos en 24 países. Las anfetaminas y el éxtasis no se consideran tan fáciles de conseguir como el cánnabis. La tendencia al alza observada entre 1995 y 2003 en el consumo de drogas ilegales al menos una vez en la vida se detuvo en 2007, cuando el promedio nacional se situó unos 2 puntos porcentuales por debajo del de 2003, y se ha mantenido en el mismo nivel en 2011. En 1995, el 11 % de los estudiantes admitió haber consumido drogas ilegales al menos una vez en la vida. La cifra correspondiente en 2011 se situó en el 18 %. Entre las dos ediciones más recientes de la encuesta, se observó un aumento significativo en once países, y una disminución sustancial en ocho. No existe un patrón geográfico en ninguno de los dos casos, y tanto incrementos, como descensos pueden observarse en países de prevalencia tanto elevada, como moderada. Como promedio, el 21 % de los chicos y el 15 % de las chicas han probado drogas ilegales al menos una vez en su vida, según la encuesta de 2011. Tal proporción es claramente mayor entre los varones en todas las encuestas. Así, en la última encuesta se registraron cifras significativamente superiores en el caso de los chicos en más de dos tercios de los países participantes en ESPAD. La gran mayoría de los estudiantes que han probado drogas ilegales han consumido cánnabis. En 2011 el 17 % de los estudiantes admitieron haber consumido cánnabis alguna vez en la vida., mientras que el 6 % había probado una o varias del resto de drogas ilegales incluidas en el apartado de otras drogas ilegales. El segundo lugar se lo reparten por igual el éxtasis y las anfetaminas (3 % en cada caso), y con menos menciones se encuentran la cocaína, el crack, el LSD y la heroína (1-2 %). Como promedio, más chicos que chicas han probado drogas ilegales distintas del cánnabis: en concreto, el 7 % frente al 5 % en

2011. Como se ha señalado anteriormente, el cánnabis constituye, con mucho, la droga ilegal consumida con mayor frecuencia. Como promedio, en 2011, más chicos que chicas admitieron haberlo consumido alguna vez en su vida (19 % frente al 14 %, respectivamente), y las cifras fueron significativamente superiores en el caso de los varones en 27 países. Existe una enorme distancia entre los primeros países [la República Checa (42 % en 2011), Francia y Mónaco (en torno al 38 % en cada caso)], y los últimos [Albania, Bosnia y Herzegovina (República de Srpska), Islas Feroe, Moldavia, Montenegro y Noruega (del 4 al 5 % en cada caso)]. Entre 2007 y 2011, la proporción de estudiantes que había probado el cánnabis aumentó sustancialmente en once países, y disminuyó en cinco. Los incrementos más llamativos se dieron en Francia y Mónaco (entre 8 y 9 puntos porcentuales), mientras que el mayor descenso se observó en la Federación Rusa (Moscú) (11 puntos porcentuales). El 13 % del total de estudiantes admitió haber consumido cánnabis en los últimos 12 meses (15 % en el caso de los chicos, y 11 % en el de las chicas), mientras que un 8 % de los chicos y el 5 % de las chicas admitieron haber consumido en los últimos 30 días (una media del 7 %). En la mayoría de los países (27 en 2011), la cifra de chicos que admitieron haber consumido cánnabis en los últimos 30 días es significativamente superior a la de las chicas. En los dos países de mayor prevalencia (Francia y Mónaco), más de uno de cada cinco estudiantes admitió que había consumido cánnabis en los últimos 30 días, mientras que sólo del 1 al 2 % mencionaron tal consumo en Albania, Bosnia y Herzegovina (República de Srpska), Islas Feroe, Moldavia, Noruega y Rumanía. Tan sólo en algunos países la proporción de los que han probado drogas ilegales es menor en 2011 que en 1995. El caso más destacado es el de Irlanda, donde se pasó del 37 % en 1995, a sólo un 19 % en 2011. En las Islas Feroe se observa un descenso del 12 al 7 % entre esos mismos años, mientras que la cifra correspondiente al Reino Unido se redujo del 42 % en 1995, al 29 % en 2007. La impresión general es que el aumento del consumo de drogas ilegales entre 1995 (11 %) y 2003 (20 %) observado en los países participantes en ESPAD se detuvo en este último año, puesto que la prevalencia media era del 18 % entonces, y esta proporción se mantiene en 2011.

d) Otras sustancias: El consumo de tranquilizantes o sedantes sin prescripción médica, alguna vez en la vida se da más comúnmente en Lituania, Mónaco y Polonia, donde en torno al 14 % de los estudiantes mencionó tal hábito en la encuesta de 2011, mientras que los niveles más bajos fueron los referidos por los estudiantes de las Islas

Feroe, Alemania (cinco Estados federados), Liechtenstein, la Federación Rusa (Moscú) y Ucrania (2 %). Como media, el consumo de estas drogas sin prescripción médica es superior en el caso de las chicas (8 %, frente al 5 % de los chicos), y esta tendencia puede observarse también en la mayoría de los países, en los que las chicas presentan cifras significativamente superiores a las de los varones en 18 países en la última encuesta. La cifra global se ha mantenido relativamente estable entre 1995 y 2011 (en torno al 7 o el 8 %), aún cuando en tres países se produjeron incrementos significativos entre 2007 y 2011, y en otros siete descensos. La proporción media de estudiantes que han consumido alcohol junto con pastillas para «colocarse» es inferior en 2011 (6 %) a la de 1999 (9 %), y esta tendencia decreciente se observa en los dos géneros. Por otra parte, en 2011 se ha observado una diferencia entre géneros inferior a la de otros años (7 % de las chicas, frente al 5 % de los chicos). El consumo alguna vez en la vida de tranquilizantes o sedantes sin prescripción médica, junto con la combinación de alcohol y pastillas, constituyen las únicas conductas de consumo de sustancias que se han dado más comúnmente entre las chicas que en el caso de los chicos, en promedio, en las cinco ediciones de la encuesta. Desde la primera encuesta de 1995, las tasas de prevalencia del consumo de inhalantes alguna vez en la vida no variaron demasiado hasta 2007, con promedios a nivel agregado del 8 ó el 9 %. Sin embargo, puede observarse un ligero aumento del 8 al 10 % entre las últimas dos encuestas (2007 y 2011). Los chicos se situaban anteriormente de 1 a 2 puntos porcentuales por encima de las chicas, pero, en 2011, los dos géneros registraron la misma proporción (10 %). Esta situación no tiene precedentes. En casi la mitad de los países (15 de 32) con datos comparables en 2007 y 2011 puede observarse un aumento significativo de la prevalencia alguna vez en la vida del consumo de inhalantes, aunque se produjo una disminución significativa en siete países. Uno de los descensos más llamativos se dio en Chipre, país que ocupaba anteriormente las primeras posiciones, y en el que la proporción de estudiantes que habían probado los inhalantes se redujo a la mitad de 2007 (16 %) a 2011 (8 %). Existen asimismo aumentos pronunciados entre las dos últimas encuestas. Un ejemplo de tal evolución es el de Croacia, con un aumento del 11 al 28 %, y otro el de Letonia, que pasó del 13 a 23 %, lo que convierte a estos dos países en los dos primeros clasificados en este apartado en 2011. En el extremo opuesto de la escala, con la cifra más baja, figura Moldavia, con un 2 %.

e) El policonsumo: La situación en 2011 es relativamente estable en comparación con la de 2007. La prevalencia global de policonsumo (consumo de dos o

más sustancias) en la muestra total de los 29 países con datos comparables, se aproximó al 9 % en las dos encuestas. Es un dato similar, o incluso superior, a las cifras de consumo de drogas ilegales distintas del cánnabis. La prevalencia de consumo de tres o más sustancias alcanzó el 3,5 % en cada encuesta. El policonsumo se asocia con una conducta conflictiva, representada en este caso por la experiencia de problemas con la policía, la participación en peleas, el mantenimiento de relaciones sexuales sin preservativo, y el absentismo escolar. A ninguna de las sustancias a las que se alude en la presente sección se le asocia un patrón geográfico evidente.

A modo de conclusiones generales, el informe ESPAD 2011, describe la evolución de los consumos de alcohol y otras drogas de los adolescentes europeos con varios puntos que se van a describir a continuación:

a) A escala individual, el consumo de diferentes sustancias está frecuentemente relacionado. En los datos de 2011 se ponen de manifiesto asociaciones entre el consumo de distintas sustancias a escala nacional agregada, y puede concluirse que en los países donde muchos estudiantes admiten haber consumido alcohol (en los últimos 30 días) y episodios de embriaguez en fechas recientes, probablemente es mayor el número de estudiantes que refieren experiencias de consumo de drogas ilegales e inhalantes, y viceversa.

b) Las diferencias de cantidad de consumo entre los géneros se está reduciendo paulatinamente. En la primera edición de la encuesta, las cifras correspondientes a las variables principales fueron superiores en el caso de los chicos respecto a las chicas, con la única excepción del consumo de tranquilizantes y sedantes sin prescripción médica. Sin embargo, esta diferencia entre los dos géneros desapareció en buena medida en la encuesta de 2011 en lo que respecta al consumo de cigarrillos y de alcohol en los últimos 30 días, así como en el consumo de inhalantes alguna vez en la vida. Asimismo, puede observarse una reducción destacable de las diferencias entre los dos géneros por lo que se refiere al consumo intensivo ocasional de alcohol en los últimos 30 días.

c) En la variable consumo de cigarrillos en los últimos 30 días se ha producido un descenso entre 1999 y 2007, y las cifras no variaron en 2011.

d) Desde 2003 puede observarse una ligera reducción en el consumo de alcohol en los últimos 30 días. Cabe destacar una tendencia creciente en el apartado del consumo intensivo ocasional a lo largo del período comprendido entre 1995 y 2007 (un aumento de 9 puntos porcentuales), que obedece fundamentalmente al incremento de las

tasas de prevalencia registradas en el caso de las chicas en varios países. No obstante, tal tendencia parece haberse detenido, puesto que las cifras de 2011 ponen de manifiesto ligeras reducciones entre los varones, y también en lo que atañe a las chicas. Un repaso a todo el período comprendido entre 1995 a 2011, haciendo hincapié en tres variables (consumo intensivo ocasional de alcohol, consumo de cannabis alguna vez en la vida, y consumo de drogas ilegales distintas del cannabis alguna vez en la vida) pone de manifiesto que, en comparación con 1995, las cifras han permanecido relativamente estables, o son superiores en 2011 en la mayoría de los países.

e) Se ha interrumpido la tendencia creciente entre 1995 y 2003 en cuanto al consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida (fundamentalmente cánnabis); así, las cifras de 2007 y 2011 se sitúan 3 puntos porcentuales por debajo de la observada en 2003. La experiencia con drogas ilegales distintas del cánnabis aumentó de 1995 a 1999, pero se ha mantenido en un nivel bastante estable desde entonces. El consumo de tranquilizantes y sedantes sin prescripción médica alguna vez en la vida apenas presenta cambios a lo largo de las cinco ediciones de la encuesta.

f) Aunque el consumo de inhalantes se ha mantenido relativamente estable, la cifra de 2011 supera ligeramente a la de 2007. En este punto habrá que destacar que el consumo de inhalantes es la variable principal respecto a la que un mayor número de países (15) presentan cifras sustancialmente superiores en 2011 que en 2007.

2.3. Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes españoles

Para la elaboración del presente apartado se han consultado los datos obtenidos por la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 1994-2010, emitida por el Plan Nacional Sobre Drogas (2011b). De la encuesta ESTUDES se han obtenido varias conclusiones generales de la evolución del fenómeno del consumo de drogas en nuestro país en la adolescencia. La encuesta ESTUDES, en referencia a la extensión del consumo de drogas, afirma que en 2010 las drogas más consumidas por los estudiantes de 14 a 18 años siguen siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis. Un 75,1% ha tomado bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 39,8% ha probado el tabaco y un 33% el cannabis. La proporción de consumidores actuales de estas sustancias, es decir aquellos que las han consumido en los 30 días previos a la entrevista, es de 63% en el caso del alcohol, 26,2% en el de tabaco y 17,2% en el de cannabis. El consumo del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos,

anfetaminas, inhalables volátiles, heroína...) es mucho más minoritario, situándose entre el 1% y el 3,9% los estudiantes que las han probado alguna vez y entre el 0,5% y el 1,5% su consumo actual (últimos 30 días).

Una mención aparte merece el consumo de tranquilizantes. La proporción de estudiantes que han tomado alguna vez tranquilizantes es de un 18,0%, y la de los que los han tomado sin receta de un 10,4%. Su consumo actual (últimos 30 días) se sitúa en un 5,2% y un 3% respectivamente. Si comparamos estos resultados con los de las encuestas precedentes, observamos una reducción del consumo de la mayoría de las sustancias, más acusado en el caso del tabaco, del cannabis y de la cocaína.

La encuesta ESTUDES 2010 ha constatado que los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años comienzan a consumir drogas a una edad temprana. En 2010, las sustancias que se empezaban a consumir más tempranamente eran el tabaco, el alcohol y los inhalables volátiles (en este caso por una minoría), cuyas edades medias de inicio se situaron entre los 13 y los 14 años. Le siguen la heroína, los tranquilizantes o pastillas para dormir y el cannabis (14,4, 14,4 y 14,7 años, respectivamente). La cocaína, el éxtasis, los alucinógenos y las anfetaminas fueron las sustancias que se empezaron a consumir a una edad más tardía (14,9, 15,3, 15,4 y 15,5 años, respectivamente). En general, se observa una tendencia estable de la evolución de la edad media de inicio en el consumo de cada una de las drogas. Otro dato que se ha podido generalizar de los datos obtenidos por la encuesta ESTUDES es que la proporción de consumidores de las distintas drogas aumenta progresivamente con la edad. Para alcohol, tabaco y cannabis, el mayor incremento del consumo se produce entre los 14 y los 16 años. Para los psicoestimulantes (cocaína, éxtasis, anfetaminas) el mayor incremento del consumo se produce entre los 16 y los 18 años.

Por último, y a diferencia de los datos obtenidos por el informe ESPAD 2011 del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2011), la encuesta ESTUDES (2011) ha demostrado que la extensión del consumo de drogas entre los estudiantes de 14 a 18 años varía mucho según el sexo. Los chicos consumen en mayor proporción que las chicas todas las drogas ilegales, mientras que con el tabaco y los tranquilizantes o pastillas para dormir sucede lo contrario. No obstante, la prevalencia de consumo intensivo de cualquier droga de comercio ilegal es mayor en los varones que en las mujeres.

Tras haber repasado las conclusiones generales obtenidas por la encuesta ESTUDES se realizará un repaso de la prevalencia de los consumos de drogas en nuestro país de manera pormenorizada, desglosado los resultados por cada sustancia:

a) Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes españoles según la encuesta ESTUDES (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011b): El 39,8% de los adolescentes españoles ha fumado alguna vez en su vida y el 26,2% lo ha consumido en los últimos 30 días. Las prevalencias de consumo de tabaco diario han descendido en comparación con las obtenidas en 2008, tanto en las chicas como en los chicos. Se debe destacar que son las cifras más bajas de consumo desde el inicio de la serie en 1994. El consumo en los últimos 12 meses es más prevalente entre las chicas (36,4%) que entre los chicos (28,1%), tendencia ya iniciada en años anteriores. Es una de las sustancias cuya edad de inicio en el consumo es más precoz (13,5 años de media), sólo superada por los inhalables volátiles y, aunque la edad se mantiene bastante estabilizada, se ha retrasado ligeramente (0,2) respecto de la edición anterior de la encuesta en 2008. El consumo aumenta significativamente con la edad para ambos sexos, pasando del 12,3% en los consumidores de 14 años al 40,0% en los de 18 años, para el indicador de consumo en los últimos 30 días.

En la actualidad, un 67,7 % de los estudiantes que fuman están pensando seriamente en dejar de fumar (el 40,1% en los próximos 30 días y el 27,6 % en los próximos 6 meses). A casi la mitad de los estudiantes (48,1%) les molesta bastante o mucho que se fume en lugares cerrados cuando ellos están presentes. La mitad de los jóvenes encuestados (50%) conviven con personas que fuman diariamente.

b) Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes españoles según la encuesta ESTUDES (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011b): En 2010, al igual que en ediciones anteriores de la encuesta ESTUDES, el alcohol es la sustancia psicoactiva cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes de 14 a 18 años. El 75,1% lo había probado alguna vez, el 73,6% lo había consumido en los últimos 12 meses y el 63% en los últimos 30 días. Sin embargo, con respecto a 2008, se constata un descenso de la prevalencia de consumo para el indicador “alguna vez en la vida” (6,1%) y un ascenso de las prevalencia de consumo “últimos 12 meses” (0,7%) y “últimos 30 días” (4,5%). Este ligero ascenso de la proporción de consumidores actuales de alcohol (alguna vez en los últimos 30 días) supone una ligera inversión de la tendencia

descendente observada para este indicador desde 2004 pero, en líneas generales, se mantiene la tendencia global al descenso de la extensión del consumo de alcohol que se observa desde 1994 y se puede afirmar que la extensión del consumo de alcohol se mantiene bastante estable. No obstante, es importante destacar que existe también un porcentaje considerable de estudiantes de 14 a 18 años que se declaran abstemios en 2010 (3 de cada 10 aproximadamente) y que su número se ha visto aumentado con respecto a ediciones anteriores (2 de cada 10 aproximadamente en 1994).

La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en este grupo de población es ligeramente más elevada en las mujeres que en los hombres para los tres indicadores temporales y aumenta con la edad de los encuestados. Así, el porcentaje de estudiantes de 14 años que admitió haber consumido alcohol en los últimos 30 días fue del 38,1% frente al 77,1% de los que tenían 18 años. La edad media de inicio al consumo de bebidas alcohólicas en 2010 fue de 13,7 años, cifra muy similar a la obtenida en ediciones anteriores de ESTUDES (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011). No se observan tampoco variaciones con respecto a la edad media de inicio al consumo semanal que, en 2010, fue de 14,7 años.

En relación con los patrones de consumo intensivo, la encuesta ESTUDES (2011) incluye preguntas sobre prevalencia de intoxicaciones etílicas y *binge drinking*, entendiendo por éste el consumo de cinco o más vasos o copas en un intervalo aproximado de dos horas. En 2010, el 58,8% de los estudiantes de 14-18 años admitió haberse emborrachado alguna vez en la vida, el 52,9% lo hizo en los últimos 12 meses y el 35,6% en los últimos 30 días. La prevalencia de borracheras se incrementa a medida que aumenta la edad, para los tres indicadores temporales y, mientras que el 16,0% de los jóvenes de 14 años reconoció haberse emborrachado alguna vez en los 30 días previos a la realización de la encuesta, este porcentaje ascendió al 52,8% entre los jóvenes de 18 años.

c) Prevalencia del consumo de hipnosedantes en adolescentes españoles según la encuesta ESTUDES (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011b): En 2010, el 18,0% de los estudiantes había consumido tranquilizantes o pastillas para dormir (con o sin receta médica) alguna vez en la vida, el 9,8% lo había hecho en el último año y el 5,2% lo hizo en el último mes. La prevalencia de consumo sin receta fue algo inferior, con cifras de 10,4%, 5,6% y 3,0% respectivamente. Al contrario de lo que ocurre con las drogas ilegales, su consumo (tanto si es por prescripción médica como si se

considera el consumo sin receta) está más extendido entre las chicas que entre los chicos. La edad media en que los estudiantes comienzan a consumir tranquilizantes o pastillas para dormir (con o sin receta médica) fue de 13,8 años (13,3 para los chicos y 14,2 para las chicas). La edad media de inicio en el consumo para los tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta fue ligeramente superior (14,2) y, de nuevo, algo más precoz en chicos (13,7 para los chicos y 14,4 para las chicas). La frecuencia de consumo era esporádica. Las prevalencias de consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir (ya sea con/sin receta médica o sin receta médica) aumentan progresivamente con la edad, tanto en chicas como en chicos. Así, por ejemplo, con respecto al consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir con/sin receta, la prevalencia de consumo en el último año en chicas alcanzó el 20,9% a los 18 años frente al 9,5% en las de 14 años. Para los chicos, estas cifras fueron del 9,8% a los 18 años frente al 6,2% a los 14 años. En cuanto a la evolución observada con respecto a años anteriores se detecta una estabilización de la extensión del consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta en 2010, en niveles muy similares a los obtenidos en encuestas anteriores (ESTUDES, 2009). Este último año, supuso el inicio de una tendencia ascendente con respecto a los consumos correspondientes al periodo 1994-2006 en que se habían mantenido bastante estables. La edad media de inicio continúa rondando los 14 años de edad, como en anteriores ediciones. Esta evolución es similar para ambos sexos.

d) Prevalencia del consumo de cannabis en adolescentes españoles según la encuesta ESTUDES (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011b): El cannabis es la droga ilegal más consumida por los estudiantes de 14 a 18 años con bastante diferencia sobre las demás. En 2010, el 33% lo había consumido alguna vez en la vida, el 26,4 % en el último año y el 17,2 % en los últimos 30 días. Se confirma, por tanto, la tendencia descendente de la extensión del consumo de cannabis entre los estudiantes de 14 a 18 años que se inició a partir de 2004. Aunque las cifras parecieron estabilizarse en 2008, en esta edición de ESTUDES, los tres indicadores temporales (alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días) muestran cifras más bajas. La prevalencia de consumo diario es de un 3% (4,3% en chicos y 1,8% en chicas). El cannabis es también la droga ilegal que se empieza a consumir a una edad más temprana (con la excepción de los inhalables volátiles). La edad de inicio del consumo de cannabis se ha mantenido estable (14,7 años) en los últimos años y es similar en ambos sexos.

Al igual que en ediciones anteriores de la encuesta, el consumo muestra mayor extensión en los chicos que en las chicas, para los tres indicadores temporales considerados (alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días), si bien esta diferencia a favor de los chicos no es tan acusada como ocurre con el consumo de otras drogas ilegales (cocaína, alucinógenos, etc.). En 2010, se observa una disminución de la brecha entre la extensión de los consumos en los chicos y en las chicas con respecto a los resultados obtenidos en años anteriores que, sin embargo, sigue siendo evidente en los consumos de mayor intensidad o frecuencia, en los que la extensión es considerablemente mayor en los chicos. Para los tres indicadores considerados, las prevalencias de consumo son mayores a medida que aumenta la edad de los encuestados tanto para chicos como para chicas. El mayor incremento tiene lugar entre los 14 y los 15 años. En 2010, a los 18 años, un tercio de los estudiantes consumidores de cannabis lo había consumido en el último mes y, de éstos, un 38,9% lo había hecho más de 10 días durante ese período.

e) Prevalencia del consumo de cocaína en adolescentes españoles según la encuesta ESTUDES (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011b): La cocaína es, después del cannabis y de los hipnosedantes, la droga ilegal cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes de 14 a 18 años. Un 3,9% la ha probado alguna vez en la vida, un 2,6% la ha consumido en los últimos 12 meses y un 1,5% en el último mes. Estos datos corresponden al conjunto de clorhidrato de cocaína (cocaína en polvo) y cocaína base aunque los estudiantes de Secundaria en España consumen mayoritariamente cocaína en polvo: el 3,2% alguna vez en la vida; el 2% en el último año y el 1,2% en los 30 días anteriores a ser encuestados. La extensión del consumo de cocaína es mayor en los chicos que en las chicas, tanto si nos referimos a la cocaína en polvo como a la cocaína en forma de base y para los tres indicadores temporales de consumo. El consumo aumenta con la edad en ambos sexos, siendo a partir de los 16 años cuando se registra un aumento de la prevalencia del consumo que alcanza sus valores más elevados a los 17 y 18 años.

La edad media de inicio en el consumo se sitúa en 14,9 años en 2010, adelantándose 4 décimas con respecto a la cifra obtenida en 2008. El consumo de cocaína base se inicia algo antes (14,6 años) que el de cocaína en polvo (15,4 años). Estos datos nos informan de un descenso importante del consumo de cocaína en 2010 entre los estudiantes de 14 a 18 años, consolidando la tendencia iniciada en 2006. Este

descenso se ha producido en ambos sexos y para todas las edades, sobre todo en los 17 y 18 años en los que, por otra parte, vienen registrándose los consumos más elevados.

f) Prevalencia del consumo de éxtasis en adolescentes españoles según la encuesta ESTUDES (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011b): En 2010 un 2,5% de los estudiantes de Secundaria había probado esta sustancia alguna vez en la vida, un 1,7% lo había consumido en el último año y un 1,0% en el último mes. Se consolida la tendencia descendente iniciada en 2002 para todas las frecuencias de consumo y tanto en chicos como en chicas. Las cifras en esta ocasión son las más bajas encontradas desde el comienzo de las encuestas. Como en otras sustancias ilegales, la extensión del consumo es mayor entre los chicos que entre las chicas, si bien el descenso del consumo en 2010 es más acusado entre los chicos que entre las chicas. En los últimos 30 días, el porcentaje de chicos que han consumido éxtasis es del 1,3% frente al 0,6% de chicas. Al igual que ocurre con otras drogas, se trata de un consumo fundamentalmente de carácter esporádico. De forma similar a lo que sucede con los alucinógenos, el consumo de éxtasis está fuertemente vinculado a la edad, siendo considerablemente más prevalente entre los estudiantes de 17 y 18 años de edad. La edad media de inicio en el consumo se sitúa en los 15,3 años, muy próxima a la de anfetaminas y alucinógenos.

g) Prevalencia del consumo de anfetaminas en adolescentes españoles según la encuesta ESTUDES (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011b): En 2010 se mantienen las similitudes del consumo de estos psicoestimulantes con el consumo de éxtasis, ya apuntadas en ediciones anteriores de la encuesta. El 2,6% de los estudiantes de 14 a 18 años las había probado alguna vez en la vida, el 1,6% las había consumido en el último año y un 0,9% lo hizo en el último mes. La prevalencia de consumo sigue siendo más elevada entre los chicos que entre las chicas y se incrementa con la edad, alcanzando los valores más altos a los 17 y 18 años. La edad de inicio en el consumo se sitúa en los 15,5 años, similar en ambos sexos y sin apenas variaciones con respecto a ediciones anteriores de la encuesta. En 2010, la extensión el consumo de anfetaminas mantiene la tendencia descendente iniciada en 2004. Este descenso se produce en los tres indicadores temporales y es más acusada entre los chicos.

h) Prevalencia del consumo de heroína en adolescentes según la encuesta ESTUDES (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011b): La heroína es la droga menos

consumida por los estudiantes de 14 a 18 años. En 2010, el 1% la había probado alguna vez en la vida, el 0,6% la había consumido en el último año y un 0,5% durante el mes previo a la encuesta. El porcentaje de consumidores entre los chicos fue superior al observado en el grupo de las chicas, obteniendo prevalencias de consumo muy bajas: 0,6% (alguna vez en la vida), 0,3% (último año) y 0,3% (último mes), frente al 1,5%, 0,9% y 0,7% respectivamente en los chicos. Respecto a las diferencias de consumo por edad, los 18 años es la edad en la que la extensión del consumo es mayor, si bien los valores son muy próximos a los que se observan a los 16 años de edad. La edad media de inicio en el consumo es de 14,4 años, ligeramente más tardía que la registrada en 2008 (14,3 años). Los chicos inician el consumo (14,2) algo antes que las chicas (14,7). La edad de inicio en el consumo de heroína sigue siendo más tardía que las edades de inicio en el consumo de otras drogas (cocaína, éxtasis, anfetaminas o alucinógenos) y es muy similar a la de inicio del consumo de cannabis (14,7 años). En 2010, se aprecia un pequeño aumento del consumo experimental de heroína tanto entre chicos como entre chicas y descienden las prevalencias de consumo en los últimos 12 meses y últimos 30 días entre los chicos. Las prevalencias de consumo de las chicas están estabilizadas.

i) Prevalencia de consumo de inhalables en adolescentes españoles según la encuesta ESTUDES (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011b): Entre los estudiantes de Secundaria, se mantiene la tendencia descendente del consumo iniciada en 2002. En 2010, el 2,3 % de ellos los había probado alguna vez en la vida, el 1,2% los había consumido en el último año y el 0,8 % en el último mes. El consumo es mayoritariamente masculino, de tipo esporádico, apreciándose pocas diferencias de consumo según la edad y siendo el grupo de los 16 años el de mayor prevalencia de consumo. La edad de inicio en el 2010 se sitúa en los 13,2 años, convirtiéndose en la droga de inicio más precoz, anterior incluso a la del tabaco.

j) Prevalencia del consumo de alucinógenos en adolescentes españoles según la encuesta ESTUDES (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011b): En el cuestionario se hace referencia al consumo de alucinógenos incluyendo en ellos una serie de sustancias como “LSD”, “ácido”, “tripi”, “setas mágicas”, “ketamina”, “special-K”, “ketolar” e “imalgene”. En 2010, un 3,5% de los estudiantes de Secundaria los había probado alguna vez en la vida, el 2,1% lo había hecho en el último año y el 1% en los últimos 30 días. Es importante destacar la caída de las prevalencias de consumo para todas las

frecuencias de consumo siendo los de esta edición de la encuesta ESTUDES los valores más bajos obtenidos desde 1994. La extensión del consumo entre los chicos es más del doble que entre las chicas. La edad es un factor determinante al igual que para otras sustancias y es llamativa la diferencia de las cifras de prevalencia a medida que aumenta la edad. La edad media de inicio se sitúa en los 15,4 años, siendo similar en ambos sexos. La edad de inicio se mantiene estable desde el 2006.

k) Prevalencia del policonsumo en adolescentes españoles según la encuesta ESTUDES (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011b): El análisis del número de las sustancias consumidas por aquellos encuestados que reconocen haber consumido alguna de las sustancias por las que se pregunta en ESTUDES (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011) pone de manifiesto que, a pesar de que el 31,3% de los estudiantes de 14 a 18 años consumió sólo una sustancia durante el año anterior a la realización de la encuesta, el 39,4% realizó policonsumo de dos o más sustancias. Este porcentaje se reduce al 29,3% si se considera el consumo durante el último mes. Del mismo modo, es importante destacar que el 29,3% de los jóvenes de 14 a 18 no ha consumido ninguna sustancia en el último año.

En un intento por analizar el fenómeno del policonsumo con algo más de profundidad, se revisan aquí algunos factores que podrían influir en la mayor o menor extensión de este patrón de consumo de sustancias:

- **Sexo:** Los datos obtenidos en ESTUDES (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011b) muestran que no hay diferencias para el policonsumo en función del sexo, y las pequeñas variaciones que se encuentran apuntan hacia un mayor número de sustancias legales consumidas por las chicas mientras que los chicos las superan en número de sustancias ilegales consumidas, a partir de dos o más ilegales. Es conocido el hecho de que las mujeres muestran mayores prevalencias de consumo de drogas legales que de ilegales, que muchos atribuyen a la tendencia a evitar la transgresión de las normas en las mujeres. De hecho, las últimas ediciones de las encuestas ESTUDES (14 a 18 años) y EDADES (15 a 64 años) han puesto de manifiesto una progresiva incorporación de las mujeres a los consumos de drogas, preferentemente legales, alcanzando prevalencias de consumo incluso superiores a las de los hombres. Es más, los datos más recientes sitúan la extensión de ciertos patrones de consumo intensivo o de riesgo (emborracharse o fumar a diario) en las mujeres por encima de los valores obtenidos para los hombres, cuando tradicionalmente, los hombres consumían drogas (legales e ilegales) en mayor

proporción que las mujeres, con mayor intensidad y con mayor frecuencia. Actualmente, esta brecha a favor de los hombres sólo se mantiene en los consumos de drogas ilegales.

- **Edad:** En términos generales, en el grupo de edad de 14 a 18 años, los consumos de sustancias psicoactivas (y también el policonsumo) aumentan con la edad, tanto para los chicos como para las chicas.

- **Consumo de alcohol:** Existe evidencia científica abundante de que el consumo de alcohol, sobre todo en edades tempranas y con patrones de consumo intensivo (*binge drinking* e intoxicaciones etílicas) se asocia con una mayor prevalencia de consumo de otras drogas. Independientemente de la coexistencia de otros factores como la edad, el sexo, el poder adquisitivo, etc.

- **Hora de llegada a casa:** La hora de regreso a casa tiene una relación clara con el número y tipo de sustancias consumidas y con la intensidad de su consumo. A este respecto a medida que se retrasa la hora de vuelta a casa, aumenta el número de jóvenes que consume un mayor número de sustancias.

Tras haber revisado algunos factores que podrían influir en la extensión del patrón de policonsumo se realiza un estudio de las sustancias que más se han consumo conjuntamente.

Consumo de alcohol y cannabis

En los últimos 12 meses, un 22,9% de los jóvenes encuestados consumió conjuntamente (en un intervalo menor o igual a dos horas) alcohol y cannabis en alguna ocasión, un 2% menos que en 2008. Este consumo es más prevalente entre los chicos (24,8%) y entre los de mayor edad, pasando de un 9,1% en los jóvenes de 14 años a un 35,9% entre el alumnado de 18 años.

Consumo de alcohol y cocaína

En los 12 meses anteriores a la encuesta, un 3% del alumnado consumió conjuntamente (en un intervalo menor o igual a dos horas) alcohol y cocaína, registrándose un descenso de 1,1% con respecto a 2008. La prevalencia del consumo es mayor entre los hombres y, como en el caso de cannabis y alcohol, aumenta con la edad.

Consumo de tabaco y cannabis

El cuestionario de ESTUDES (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011) no incluye preguntas que exploren el consumo conjunto de tabaco y cannabis como sí es el caso de alcohol y cannabis, y de alcohol y cocaína, que se acaban de analizar en los apartados anteriores. Sin embargo, el análisis de las prevalencias de consumo ofrece algunos datos interesantes. El 63,3% de los consumidores de tabaco en los últimos doce meses ha consumido cannabis alguna vez en el mismo periodo. Por otra parte, entre los que han consumido cannabis alguna vez en los últimos 12 meses, el 77,7% ha consumido tabaco. Del mismo modo, el 54,5% de los que han consumido cannabis en los últimos 30 días es consumidor diario de tabaco y el 62% de los fumadores diarios consume cannabis. Esto conlleva implicaciones para la salud, debido a que los efectos de una de las sustancias pueden aumentar los riesgos asociados a la segunda, y al revés. Esta circunstancia y los datos sobre la existencia de una percepción de riesgo asociada al consumo de tabaco (fumar un paquete de tabaco diario) que, en ESTUDES (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011), superó en más de 20 puntos porcentuales a la percepción de riesgo asociada al consumo habitual de cannabis (que es una droga ilegal), invitan cuanto menos a reflexionar.

Aportaciones de ESTUDES 1994-2013 (Plan Nacional Sobre Drogas, 2014)

La muestra del presente estudio se compuso por 27.503 estudiantes de 747 centros educativos públicos y privados y 1.523 aulas. Las drogas consumidas por un mayor porcentaje de estudiantes de 14 a 18 años siguen siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis, les siguen los hipnosedantes, cocaína y éxtasis.

De las drogas más consumidas la única que experimente una subida significativa es el alcohol, en 2012 el 81,9% ha consumido en el último año y el 74% en el último mes, siendo datos ligeramente superiores a los de 2011. En referencia al cannabis, la droga ilegal más consumida, se puede destacar que se mantiene en consumos muy similares al 2011. El número de estudiantes que consume cannabis sigue siendo elevado. A pesar de la estabilización en el consumo se aprecia una tendencia ascendente del consumo de riesgo, el consumo diario es del 2,7% (3,8% en chicos y 1,5% en chicas). En cuanto al consumo de cocaína no hay un aumento ni una disminución significativa de los consumo en referencia al estudio de 2011. Se confirma la tendencia descendente del consumo de cocaína, iniciada en 2004, siendo el porcentaje de consumidores, en 2012, menor que en 1998. En los consumos de anfetaminas, éxtasis,

alucinógenos y heroína no se han encontrado diferencias en referencia al estudio de 2011, se ha de destacar la prevalencias baja que se han estabilizado tras el descenso a partir del año 2000. Las “drogas emergentes” presentan prevalencias de consumo más bajas que las “drogas clásicas”. Las más consumidas son las setas mágicas (2,2%), el Spice (1,4%) y la ketamina (1,1%) para el indicador de consumo alguna vez en la vida. Actualmente, se trata de un fenómeno minoritario en España. Por último el tabaco estabiliza la tendencia descendente del consumo iniciada en 2004. Como se describió en la encuesta ESTUDES 2010 (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011b), el consumo está más extendido entre las mujeres.

2.4. Prevalencia del consumo de drogas en menores infractores

La conducta delictiva juvenil ha sido ampliamente investigada desde el ámbito científico (Andrews y Bonta, 2006; Lösel y Bender, 2003; Simoes, Matos y Batista-Foguet, 2008). Existe un acusado interés por determinar cuáles son los factores y circunstancias que propician que un adolescente comience a mostrar conductas infractoras. Esta extensa investigación ha resultado en múltiples propuestas para explicar este tipo de comportamientos, formulándose diversas teorías desde diferentes perspectivas y enfoques científicos. Parece claro que no existe una única explicación para este fenómeno, de forma que son múltiples los factores vinculados a la conducta delictiva, siendo ésta en la mayoría de las ocasiones el resultado de interacciones dinámicas entre las diversas variables. Una de las variables que en este sentido ha recibido más atención es el consumo de drogas en cuanto a su relación y/o influencia recíproca sobre este tipo de comportamientos. Droga y conducta antisocial y delictiva aparecen frecuentemente asociadas en diferentes investigaciones (Mulvey, Schubert y Chassin, 2010; Muñoz, Graña, Peña y Andreu, 2002; Simoes et al., 2008), encontrándose un patrón consistente de consumo de diferentes sustancias en los menores infractores y con conductas antisociales (Crespo, Perles y San Martín, 2006; Llorens, Palmer y Perelló del Río, 2005; Olivan, 2002; San Juan, Ocariz y Germán, 2009). Según Loeber (1988) se produce un incremento en paralelo en el consumo de drogas y conducta antisocial, siendo este consumo más probable si la conducta antisocial iniciada durante la infancia persiste durante la adolescencia (Kandel, 1982). Cuando la conducta antisocial aparece a edades tempranas, y continúa en el comienzo de la adolescencia, puede ser considerada como un potente predictor de abuso de

determinadas sustancias (Loeber, 1988). En otros estudios, los resultados muestran una relación a la inversa entre estas dos variables, puesto que se ha encontrado que la edad de inicio del consumo de sustancias es una variable predictora de futuros consumos y actos violentos, de forma que los jóvenes que muestran conductas violentas comienzan a consumir drogas a edades más tempranas (Rivero, Marín e Infante, 2002).

En España se ha podido constatar la ausencia de estudios relevantes a nivel nacional sobre la prevalencia del consumo de drogas en menores infractores en los últimos 10 años. El estudio de mayor envergadura en este campo lo realizó Esteban, Díaz, Gañan, García, Gordon y Valera (2002), en el que se involucró a 26 centros de internamiento de 8 comunidades autónomas, donde se obtuvo una muestra de 251 menores. En el citado estudio el 52,14% de los internos de los Centros encuestados afirmó haber consumido drogas de manera problemática con anterioridad a su internamiento. La sustancia más consumida es el Cánnabis en el 43,7% de los casos. Un dato que ha de ser destacado es que el 21,4% han consumido cannabis junto con cocaína. En el 40,6% de la muestra está presente el consumo de algún tipo de estimulante, ya sea cocaína o algún tipo de anfetamina. El 84,3% del total de la muestra de participantes consumidores se reparte entre consumo único de hachís y el de algún tipo de sustancias estimulantes. La utilización de estimulantes se asocia fundamentalmente a los momentos de ocio y ambientes de fiesta. En la tabla 2.1. se muestra de manera pormenoriza los porcentajes de consumo de cada sustancia que muestra el estudio de Esteban et al. (2002).

Tabla 2.1. Droga principal de abuso en menores infractores

Sustancia	Porcentaje
Heroína	0,8
Cocaína	5,6
Hachís	43,7
Benzodiacepinas	1,6
MDMA	3,2
Alcohol	1,6
Otras(pegamentos, ketamina, anfetaminas)	4,8
Heroína+ Cocaína	5,6
Otras mezclas	11,1
Heroína + Hachís	0,8
Cocaína + Hachís	21,4

Tabla adaptada de Esteban et al. (2002)

Como conclusión de su estudio Esteban et al. (2002) afirman que, atendiendo a la edad de inicio en el consumo de sustancias y tipo de sustancias consumidas, se puede hablar de que los participantes en el estudio presentan un patrón de consumo caracterizado por una iniciación en la escalada en el consumo de drogas, sin que por el momento se pueda hablar de una drogodependencia instaurada, sino de un consumo experimental y en algunos casos abusivo.

En una reciente publicación realizada por Contreras, Molina y Cano (2012), se realizó un estudio de la prevalencia del consumo de drogas en menores infractores de la Provincia de Jaén. En el citado informe se descubrió que la mayoría de los menores infractores consumen drogas (58%), siendo el perfil de consumo más frecuente el policonsumo (32,2%). A pesar de que el estudio de Contreras et al. (2012) hace referencia tan solo al consumo problemático de sustancias y no a la prevalencia de consumos experimentales u ocasionales, parece de interés comparar los datos obtenidos con los de la encuesta ESTUDES (Plan Nacional sobre Drogas, 2011b) de población general. La mayor diferencia que se puede observar en los datos de los dos estudios se encuentra en el perfil de consumo de un menor infractor y un adolescente escolarizado es el consumo de cannabis. El 14% de la muestra de Jaén realizaba un consumo compulsivo diario frente al 3% de la población normal. Del mismo modo, leyendo los dos documentos, el policonsumo medido por el estudio de Contreras et al. (2012) parece mucho más severo, tanto en cantidad de consumo como en tipología del mismo (no se incluye el tabaco) que en la encuesta ESTUDES (Plan Nacional Sobre Drogas, 2011b)

Tabla 2.2. Porcentaje de consumo en menores infractores Vs población normal

Tipo de droga	Sustancia principal de abuso en estudio de Esteban et al. (2002)	Porcentaje de consumo problemático en estudio de Contreras et al. (2012)	Porcentaje consumo en el último mes ESTUDES 2010
Alcohol	1,6	30,1	35,6
Cannabis	43,7	14	3
Cocaína	5,6	1,1	1,2
Policonsumo	38,9	34,5	29,3
Disolvente	1	0,3	0,8
Otros	3,8	4	0

Tabla adaptada de Contreras et al. (2012), Plan Nacional Sobre Drogas (2011) y Esteban et al. (2002)

El estudio más reciente que evalúa la prevalencia de consumo de drogas en menores infractores en nuestro país lo realizó Velilla (2013). En el concluyó que el consumo de drogas es mucho mayor en los adolescentes internados en todas las

sustancias estudiadas. Otra conclusión de este estudio afirma que los adolescentes internados presentan más antecedentes familiares de consumo de drogas y delincuencia que los adolescentes escolarizados y que la edad de inicio del consumo es más temprana en la población infractora que en la muestra escolar.

El último estudio que se va a analizar en este apartado es el de Fernández-Moreno (2010). El objetivo de dicha investigación fue evaluar la prevalencia del consumo de drogas en menores infractores de la Comunidad de Madrid y determinar si es una variable determinante en la reincidencia delictiva. Para ello se realizó un estudio longitudinal con el fin de hacer un seguimiento de los menores evaluados.

La muestra del estudio estuvo compuesta por un total de 376 sujetos incluidos en el sistema de justicia juvenil de la Comunidad de Madrid, 330 hombres y 46 mujeres con una edad media de 16,7 años y 1,3 de desviación típica. 143 sujetos se encontraban en libertad vigilada, 94 en internamiento y 139 en internamiento más libertad vigilada.

Tabla 2.3. Problemática familiar asociada

Drogadicción	Padre	Madre	Hermano	Otro
Sí	4,5 (n=17)	1,3 (n=5)	5,6 (n=21)	0,8 (n=3)
No	42,3 (n=159)	59,3 (n=223)	43,9 (n=165)	9,8 (n=37)
No consta	53,2 (n=200)	39,4 (n=148)	50,5 (n=190)	89,4 (n=336)
Alcoholismo	Padre	Madre	Hermano	Otro
Sí	10,1 (n=38)	3,2 (n=12)	2,4 (n=9)	0,5 (n=2)
No	36,7 (n=138)	56,6 (n=213)	45,7 (n=172)	9,8 (n=37)
No consta	53,2 (n=200)	40,2 (n=151)	51,9 (n=195)	89,6 (n=337)
Delincuencia	Padre	Madre	Hermano	Otro
Sí	4,8 (n=18)	0,3 (n=11)	8,5 (n=32)	1,1 (n=4)
No	40,2 (n=151)	55,9 (n=210)	41 (n=154)	9,8 (n=37)
No consta	55,1 (n=207)	43,9 (n=165)	50,5 (n=190)	89,1 (n=335)

Tabla adaptada de Fernandez-Moreno (2010)

Para realizar la evaluación de los menores se utilizaron dos instrumentos de recogida de información, el Historial Criminológico y Social-Versión Juvenil (HCS-J), Graña (2010); y el Inventario de Gestión e Intervención con Jóvenes (IGI-J), en su adaptación a población española de Garrido, López y Silva (2006).

Durante los análisis descriptivos del estudio se pudo observar como la problemática familiar asociada a la drogadicción señala que el 5,6% de los menores

presentan un hermano con este tipo de problemas. El 10,1% presentan un padre con problemas de alcoholismo y un 8,5% un hermano con problemas de delincuencia, véase tabal 2.3.

Las características analizadas sobre la prevalencia en el consumo de alcohol y otras drogas indican que el 14,6% de los menores consumen alcohol más de dos veces a la semana, el 41,5% cannabis y un 1,5% cocaína, mostrando con ello patrones de consumo compulsivo de dichas sustancias, como se muestra en la tabla 2.4.

Tabla 2.4. Consumo de drogas en el último año

Consumo de alcohol	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 1 x semana	115	30,6	30,6
1 o 2 por semana	102	27,1	57,7
Más de 2 x semana	55	14,6	72,3
No consta	104	27,7	100,0
Total	376	100%	
Consumo de cannabis	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 1 x semana	34	9,0	9,0
1 o 2 por semana	39	10,4	19,4
Más de 2 x semana	156	41,5	60,9
No consta	147	39,1	100,0
Total	376	100%	
Consumo de cocaína	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 1 x semana	40	10,6	10,6
1 o 2 por semana	13	3,5	14,1
Más de 2 por semana	6	1,6	15,7
No consta	317	84,3	100,0
Total	376	100%	
Consumo de heroína	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 1 por semana	2	,5	,5
No consta	374	99,5	100,0
Total	376	100%	
Consumo de drogas sintéticas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 1 por semana	18	4,8	4,8
1 o 2 a la semana	2	,5	5,3
Más de 2 a la semana	3	,8	6,1
Nos consta	353	93,9	100,0
Total	376	100%	

Tabla adaptada de Fernandez-Moreno (2010), continúa en página siguiente.

Tabla 2.4. Consumo de drogas en el último año, continuación.

Consumo de anfetaminas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 1 a la semana	5	1,3	1,3
1 o 2 a la semana	1	,3	1,6
Más de 2 a la semana	3	,8	2,4
No consta	367	97,6	100,0
Total	376	100%	
Consumo de benzodiacepinas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 1 a la semana	5	1,3	1,3
Más de 2 a la semana	1	,3	1,6
No consta	370	98,4	100,0
Total	376	100%	
Consumo de otras drogas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 1 por semana	7	1,9	1,9
1 o 2 por semana	1	,3	2,1
Más de 2 a la semana	12	3,2	5,3
No consta	356	94,7	100,0
Total	376	100%	

Tabla adaptada de Fernández-Moreno (2010)

Tras el estudio descriptivo Fernández-Moreno (2010) comparó los datos obtenidos con los datos de prevalencia del Plan Nacional sobre Drogas en su encuesta ESTUDES 2008 (Plan Nacional Sobre Drogas, 2009). Tras ello concluyó que se pueden observar grandes diferencias entre los consumos de las dos poblaciones. En la tabla 2.5. se presentan los datos de consumo de las sustancias en el último mes comparando las dos poblaciones, la infractora y la población general. Fernández-Moreno (2010) señala que los menores infractores, en referencia al consumo de alcohol, afirman haber consumido en el último mes un 72,3% frente a un 58,5% de la población del estudio del Plan Nacional Sobre Drogas (2009). En cuanto al consumo de cannabis la población infractora han afirmado haber consumido en el último mes un 60,9% frente a al 20,1% que señala la población del estudio en población escolarizada, de hecho el 42% de la población infractora realizan consumos semanales y 40,1% afirma realizar consumos diarios (más de dos consumiciones por semana). En cuanto al consumo de Cocaína los menores internos en Centros manifiestan consumos semanales en torno al 4% mientras que los menores en población escolarizada se encuentran entre el 0,5% y el 2%. Fernández-Moreno (2010) termina concluyendo que es evidente que los menores con

internamiento o medidas judiciales tienen una mayor prevalencia de consumo de drogas que la población general.

Tabla 2.5. Prevalencia de consumo en infractores vs escolares

Tipo de droga consumida en los últimos 30 días	Porcentaje de consumo según Fernández-Moreno (2010)	Porcentaje de consumo según ESTUDES 2008
Alcohol	72,3	63
Cannabis	60,9	17,2
Cocaína	15,7	2,6
Heroína	0,5	0,5
Éxtasis	6,1	1
Anfetaminas	2,4	0,9
Benzodiacepinas	1,6	5,2
Disolventes y alucinógenos	5,3	1,8

Tabla adaptada de Fernández-Moreno (2010) y del Plan Nacional Sobre Drogas (2009)

Tras analizar los resultados de los estudios, y a pesar de su disparidad, se puede concluir que la prevalencia del consumo de drogas en menores infractores es mayor que en población normal. No solo se pudo destacar que la prevalencia sea mayor sino que la severidad de los problemas contraídos por los consumos de drogas en la población infractora son más severos. Además, como describe Cerón (2013), existen diferencias significativas entre los menores infractores y la población normal en inclinación al abuso de sustancias.

Capítulo 3

Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes

3.1 Definición de factor de riesgo y de protección

En el desarrollo de las diferentes teorías explicativas de la génesis y el mantenimiento de las conductas adictivas, se está desarrollando en los últimos años una línea de investigación asociado al estudio de los factores de riesgo y de protección relacionados al consumo de drogas en la adolescencia. El desarrollo de dicha línea de investigación ha arrojado luz sobre el perfil de los nuevos consumidores de droga, encontrando en la presencia de multitud de factores de riesgo y en la ausencia de factores de protección, predictores de la posible génesis de una conducta de consumo. La aparición de estos conceptos ha permitido, tanto a las entidades públicas como privadas, afinar en las políticas de prevención primaria de la problemática de la presente tesis doctoral. El objetivo del presente trabajo no es elaborar un programa de prevención en población normal sino elaborar un programa de tratamiento en población infractora, pero es esencial en este punto conocer qué factores facilitan las conductas de consumo de drogas para posteriormente, en el desarrollo del programa de intervención, poder actuar sobre ellas de una manera eficaz.

Dada una primera y rápida introducción de los motivos por los que se describirán los conceptos de factor de riesgo y de protección, el siguiente paso será conceptualizarlos. La definición más aceptada y con mayor consenso sobre estos dos conceptos la redactó Clayton, el cual afirmó que un **factor de riesgo** es un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso/abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento). Del mismo modo afirmó que un **factor de protección** sería un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso/abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación de las mismas (Clayton, 1992). Aunque el concepto de factor de riesgo y de protección es muy intuitivo, a la hora de su conceptualización y manejo se ha de tener siempre en cuenta los principios generales que describió Clayton:

- Los factores de riesgo (características individuales o condiciones ambientales) pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que la persona use o abuse de las drogas que cuando no lo está.

- La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía para que vaya a producirse el abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca. Lo mismo sucede en el caso de los factores de protección.
- El número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto adictivo puede atenuarse según la naturaleza y contenido de los mismos.
- La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el uso de drogas.
- Las intervenciones directas son posibles en el caso de algunos de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de drogas. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo, la intervención directa no es posible siendo el objetivo principal atenuar su influencia y, así, reducir al máximo las posibilidades de que éstos lleven al consumo de drogas.

Un factor de riesgo viene a ser una asociación o correlato entre un sujeto y un resultado, pudiendo evaluarse antes de que haya producido el resultado o utilizarse para dividir a la población en subgrupos de alto y bajo riesgo (Offord y Kraemer, 2000). Por tanto, es algo previo y podemos conocerlo antes de que ocurra el resultado. Offord y Kraemer (2000) distinguen tres tipos de riesgo: marcador fijo, factor de riesgo variable y factor de riesgo causal. El factor de riesgo que no puede cambiarse sería el marcador fijo, como el sexo, la fecha de nacimiento, etc. Cuando un factor de riesgo puede cambiar espontáneamente dentro del sujeto o como resultado de una intervención se hablaría de factor de riesgo variable. Cuando un factor de riesgo puede ser manipulable y cuando dicha manipulación cambia la probabilidad del resultado, se llamará factor de riesgo causal.

Tradicionalmente, los factores de riesgo se han agrupado en individuales, contextuales e interpersonales (Hawkins, Catalano, y Miller, 1992; Moncada, 1997; Petterson, Hawkins y Catalano, 1992). En el desarrollo de las publicaciones más recientes se ha encontrado una clasificación que destaca sobre el resto, la de Becoña (2002). Dicho autor clasifica los factores de riesgo y de protección en: familiares,

comunitarios, compañeros e iguales, escolares e individuales, sobre los que nos detendremos en los siguientes apartados.

3.2. Factores de riesgo individuales

Dentro de los factores de riesgo individual podemos distinguir los psicológicos y conductuales, los rasgos de personalidad y los factores biológicos.

3.2.1. Factores psicológicos y conductuales

a) Psicopatología y trastornos de conducta: En una revisión de la literatura sobre los estudios comunitarios relativos al uso, abuso y dependencia de drogas en adolescentes y su asociación con la psicopatología y controlando el sexo, raza/etnia y otros factores, se concluye que el 60% de los adolescentes con diagnóstico de abuso o dependencia presentan algún otro diagnóstico, siendo el trastorno de conducta y el trastorno desafiante oposicionista los más frecuentes, seguidos de la depresión (Armstrong y Costello, 2002). En este mismo sentido, llama especialmente la atención observar que los menores que presentan un riesgo mayor de abuso de sustancias, delincuencia y criminalidad en la adolescencia son aquellos que exhiben un trastorno negativista desafiante o un trastorno disocial de comienzo temprano, e incluso formas subclínicas de ambos trastornos (Webster-Stratton y Taylor, 2001). Así, la patología psiquiátrica se ha establecido en los últimos años, como un claro factor de riesgo para el consumo de drogas (Brook, Brook, de la Rosa, Whiteman, Johnson y Montoya, 2001), especialmente en el caso de la dependencia (Roberts, Roberts y Xing, 2007). Además, el consumo de drogas aumenta, a su vez, la probabilidad de desarrollar algún problema de salud mental (Kamon, Budnay, Dumenci y Stanger, 2006). Los estudios sobre el orden temporal, que ya se venían realizando, señalan que el abuso de drogas puede funcionar como factor primario o desencadenante, en otros puede ser más una consecuencia y, en otros, ambas condiciones pueden desarrollarse conjuntamente, quizás en relación con una causa subyacente no identificada. Si bien, la mayor parte de estas investigaciones se realizaron con población de menores varones (Rohde, Lewinsohn y Seeley, 1996).

b) Consumo precoz: Un gran número de estudios documenta que el uso temprano de drogas es un fuerte factor de riesgo para el consumo de drogas y para un uso más grave posteriormente (López y Rodríguez-Arias, 2010; Mayet, Legleye, Chau y Falissard, 2010). En cuanto al uso de sustancias en general y su relación posterior con el

abuso, Gil, Wagner y Tubman (2004) encontraron que un adulto joven normal usuario de sustancias que comenzó el uso de sustancias en la adolescencia temprana era 1,5 veces más propenso a experimentar abuso de alcohol, dos veces más propenso a abusar del cannabis, tenía una 1,7 veces más probabilidades de ser dependiente del cannabis, y dos veces más probabilidades de tener cualquier trastorno por uso de sustancias en comparación con los abstemios en la adolescencia. Las investigaciones de King y Chassin (2007) dieron lugar a semejantes resultados, lo que sugiere que los jóvenes que comenzaron el consumo de sustancias en o antes de los 13 años eran 3,16 veces más propensos a desarrollar dependencia de drogas durante la adultez temprana.

c) Alienación y rebeldía: Según Hawkins et al. (1992), tanto la rebeldía como la alienación constituyen factores de riesgo principales para el consumo de drogas. Concretamente, ellos consideran la alienación de los valores dominantes de la sociedad, la baja religiosidad y la rebeldía como factores de riesgo, encontrando en sus estudios que todos ellos muestran tener una relación positiva con el consumo de drogas. Como ejemplo, uno de los mejores estudios sobre esta temática es el de Shedler y Block (1990). Estos autores encontraron que la alienación interpersonal evaluada a los 7 años de edad predecía el uso frecuente de cannabis a los 18 años. Resultados que muestran la asociación positiva entre la alienación de valores convencionales y el posterior consumo de drogas en adolescentes (tanto para el inicio en el consumo como para el mantenimiento posterior) han sido hallados también por otros autores (Zucker, 2008). En el caso de la rebeldía, en pre-adolescentes y adolescentes parece que estaría sustancialmente influida por componentes genéticos y ambientales del entorno familiar (Abrahamson, Baker y Caspi, 2002), lo que sugiere que la rebeldía y la alienación de valores convencionales puede ser un constructo de la personalidad que refleja el impacto de estos otros factores de riesgo.

d) Expectativas favorables hacia el consumo de drogas: Clásicamente se han distinguido dos tipos de actitudes o expectativas: las positivas y las negativas. Mientras las primeras deben favorecer el incremento en el consumo, las negativas se asociarían con la motivación para no iniciarlo o, en su caso, para disminuirlo. Así, como recogen diversos estudios, una actitud favorable hacia las drogas, incrementa claramente, la probabilidad de probar las mismas; una actitud desfavorable facilita una baja probabilidad de prueba (Becoña, 2002).

3.2.2. Rasgos de personalidad

Actualmente se considera que distintos rasgos de personalidad ejercen una función importante en diversas vías del desarrollo de los trastornos adictivos (Becoña, 1999). Entre los rasgos de personalidad que se han estudiado en relación con los factores de riesgo de consumo de drogas, destacan la impulsividad, la búsqueda de sensaciones y la personalidad antisocial, rasgos cuyos hallazgos principales en su relación con el consumo de drogas resumimos a continuación. Estos rasgos o atributos de la personalidad, y también otros factores de riesgo mencionados anteriormente como la alienación y rebeldía, muestran como característica común la tendencia a la desinhibición comportamental que puede verse asimismo sustancialmente facilitado por y asociado al uso y abuso del alcohol y otras sustancias (Kirisci, Vanyukov y Tarter, 2005). A continuación describiremos dichos factores:

a) Impulsividad: Una característica de personalidad clásicamente asociada a las investigaciones en adicciones es la impulsividad. El término impulsividad corresponde a un amplio constructor psicológico más que a un rasgo de personalidad estrictamente definido, refiriéndose a las conductas que se realizan con escasa o inadecuada previsión o, en otros términos, sin reflexión previa (Dawe y Loxton, 2004). En varios estudios experimentales, transversales y longitudinales y en diferentes tipos de muestras (clínicas, comunitarias, etc.) se ha encontrado que la impulsividad como vulnerabilidad comportamental asociada a un estilo disfuncional en el manejo de las emociones negativas y las conductas impulsadas emocionalmente constituye un importante factor de riesgo para el uso y abuso de drogas (Curcio y George, 2011; Dawe y Loxton, 2004). Además, parece que el consumo de un mayor número de sustancias está asociado con un aumento de la impulsividad y con una menor percepción de riesgo (Clark, Ersche, Robbins y Sahakian, 2006).

b) Búsqueda de sensaciones: Zuckerman definen la búsqueda de sensaciones como la necesidad que tiene el individuo de tener experiencias y sensaciones nuevas, complejas y variadas, junto al deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas (Zuckerman, 1994). Actualmente, existe clara evidencia de que la búsqueda de sensaciones es un robusto predictor positivo del uso de sustancias psicoactivas entre los adolescentes (Adams, Kaiser, Lynam, Charnigo y Milich, 2012).

c) Personalidad antisocial: Esta característica de la personalidad está presente en un porcentaje importante de adictos que están en tratamiento (Becoña y Vázquez, 2001). Dado que la misma tiene una evolución que empieza en la edad temprana, es

previsible que haya una importante relación entre ella, evaluada o detectada en edades tempranas, y el posterior consumo de drogas en la vida adulta o un inicio más temprano en el consumo de drogas en la niñez o en la adolescencia. Dado que el diagnóstico de personalidad antisocial no se puede realizar hasta después de los 18 años, en los años previos se han evaluado la agresividad, las rabietas y peleas, el comportamiento antisocial o el trastorno disocial. Como ya se ha comentado, los estudios encuentran que la agresividad temprana es uno de los mejores predictores de la posterior conducta antisocial y de una personalidad antisocial (Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado 2000). Especialmente si la conducta agresiva persiste hasta la adolescencia, la probabilidad de un trastorno de personalidad antisocial se incrementa en la vida adulta. Hoy sabemos que muchos de los factores de riesgo para el desarrollo de la personalidad antisocial constituyen también factores de riesgo individuales, familiares y ambientales para el desarrollo del uso y abuso de drogas (Chambelain y Smith, 2003). Estudios longitudinales encuentran que la presencia de estos trastornos son más frecuentes en familias que presentan además otros factores de riesgo, tales como déficit en el control y seguimiento de las conductas de los hijos e implicación con los mismos, mayores niveles de conflicto familiar, así como la asociación con pares que llevan a cabo conductas desviadas (Ary, Duncan, Duncan y Hops, 1999) y que la conducta antisocial temprana predice el uso y abuso de alcohol y otras drogas posteriormente, incluso controlando otros factores de riesgo (Adalbjarnardottir y Rafnsson, 2002).

3.2.3. Factores biológicos

a) Factores genéticos: La variabilidad genética puede subyacer parcialmente a rasgos de personalidad y fisiológicos complejos, tales como la impulsividad, la adopción de riesgos o la reactividad al estrés, así como a una parte sustancial de la vulnerabilidad a los trastornos por uso de drogas. Asimismo, los mencionados rasgos de personalidad y fisiológicos, pueden afectar de un modo diverso al desarrollo de las diferentes fases del proceso de uso, abuso y dependencia de drogas. Existe una cierta variedad en los acercamientos recientes al estudio de la variabilidad genética en esos rasgos de personalidad y fisiológicos, y sobre su interacción entre sí y en interacción con los trastornos adictivos (Crombag y Robinson, 2004). Algunos autores afirman que los estudios con animales apoyan la existencia de una vulnerabilidad genérica, tanto para el abuso del alcohol como para las otras drogas (Silberg, Rutter, D'Onofrio y Eaves, 2003). Pero aun así, la gran mayoría de los autores indican como el ambiente sigue

constituyendo el determinante principal de exposición a las drogas a diferencia del abuso y posterior dependencia (Kendler, Fiske, Gardner y Gatz, 2008). Los estudios neurofisiológicos y de neuroimagen han permitido confirmar en humanos algunos de los múltiples hallazgos que provienen tanto de la experimentación con animales, como de la práctica clínica y de los estudios de auto-administración y deseo de consumo de sustancias, efectuados con personas adictas que han participado voluntariamente. Es posible que durante las primeras fases de la adicción los efectos reforzadores de las drogas y el alcohol activen el estriado ventral, mientras que en fases avanzadas, en las que las respuestas de búsqueda y consumo de la sustancia ya han quedado automatizadas, predomine la activación del estriado dorsal y el putamen (Volkow et al., 2006). Por tanto, determinados factores genéticos (como la tolerancia al estrés o la vulnerabilidad genética hacia otros trastornos mentales) pueden interactuar con los factores ambientales, contribuyendo a generar un estado de mayor vulnerabilidad hacia la adicción, incluso en una persona que no tuviera una genética que de manera directa le pudiera predisponer hacia la adicción. La vulnerabilidad genética compartida entre distintas sustancias podría explicarse de diversos modos, así podría actuar potenciando los circuitos de recompensa cerebral tras la administración de la sustancia, pero también podría operar a través de genes asociados con el control de la impulsividad o con otros relacionados con la vulnerabilidad hacia determinados trastornos psiquiátricos que, a su vez, pueden asociarse con la dependencia de alcohol u otras drogas, como por ejemplo, esquizofrenia o trastorno bipolar (Schuckit, 2008).

b) Factores neurobiológicos: En 1989 el National Institute on Drug Abuse (NIDA) fundó el Center for Education on Drug Abuse (CEDAR) con el encargo de definir los orígenes y la secuencia de acontecimientos que preceden a la adicción. Su hallazgo clave es que las alteraciones en tres áreas vitales del funcionamiento psicológico (conducta, cognición y afectividad) son la manifestación de un rasgo latente unidimensional (Tarter et al., 2003). Esta dimensión latente podría definirse como una reducción de la capacidad para modular la reactividad ante los desafíos ambientales (Dawes et al., 2000). La hipótesis del grupo CEDAR es que las alteraciones del córtex prefrontal y sus conexiones subcorticales podrían dar lugar a una reducción de la capacidad para controlar la conducta, regular las emociones y tomar las decisiones más adecuadas. Mahmood, Goldenberg, Thayer, Migliorini, Simmons y Tapert, (2013), analizan en un reciente estudio las deficiencias en el control cognitivo y su relación con el consumo de drogas, obteniendo similares resultados a los obtenidos por otros estudios

precedentes en los que las anomalías en regiones cerebrales críticas para el control cognitivo se han ligado a un uso más intenso y problemático de sustancias psicoactivas en el futuro (Falk, Berkman, Whalen y Lieberman, 2011).

c) Factores constitucionales: Factores constitucionales como el dolor y la enfermedad crónica pueden ser factores de riesgo para el consumo de drogas (Hawkins et al., 1992), aunque no se ha analizado a fondo esta cuestión, con la excepción de las personas que tienen problemas de salud mental, que descubren las drogas y las utilizan para automedicarse o para reducir el propio estado que les produce la enfermedad, como en la esquizofrenia, en el trastorno bipolar, en la ansiedad social, etc. (Becoña y Lorenzo, 2001)

3.3. Factores de riesgo ligados a la relación con iguales

El grupo de iguales va adquiriendo una importancia mayor cada vez en la adolescencia, a la vez que se produce una progresiva independencia de la familia. En este sentido su papel como factor de riesgo y protección para las conductas desviadas en general, y el consumo de sustancias en particular, está ampliamente probado, tanto en su inicio como en su mantenimiento, especialmente cuando existen otras conductas antisociales (Brenner, Bauermeister, y Zimmerman, 2011; López y Rodríguez-Arias, 2010). Al parecer, la afiliación con pares que consumen sustancias durante la adolescencia favorece el desarrollo de prototipos más favorables para los consumos de sustancias, las cuales predicen a su vez el posterior consumo de drogas. Los iguales se convierten, de esta manera, en un referente social dominante para la ingesta de ciertas sustancias psicoactivas, por lo que el consumo del grupo facilitará el consumo de cada uno de sus miembros (Villarreal, Sánchez, Misutu y Varela, 2010). Parece que la influencia del consumo de los amigos, por ejemplo, de alcohol, está por encima de la influencia del consumo de los hermanos y el padre (Espada, Pereira y García-Fernández, 2008). Harden, Hill, Turkheimer y Emery, (2008) detectan también la influencia del mejor amigo y de los hermanos en el consumo de alcohol y tabaco en una muestra de 26.666 jóvenes estadounidenses y Talbott et al. (2008) hallan que la variable “influencia de los amigos” es una de las variables que mejor predice el consumo de alcohol entre los jóvenes. En cambio, los padres parecen influir indirectamente en el desarrollo de estas actitudes favorables hacia el consumo de drogas a través de la

influencia sobre la elección que los hijos hacen sobre sus pares (Arteaga, Chen y Reynolds, 2010).

Se han estudiado muchos y muy diversos atributos de los pares y amigos como potenciales factores de riesgo y protección en el uso de drogas. En general, los estudios sobre las características de los pares y amigos durante la adolescencia encuentran que durante esta fase vital, en la cual suele iniciarse y desarrollarse el consumo de drogas, los adolescentes seleccionan pares con características notablemente similares en varios atributos personales (Simons-Morton y Chen, 2006).

En nuestro país, los estudios realizados también apuntan al grupo de amigos como un factor clave en el consumo de drogas. Carballo et al. (2004) encuentran que el grupo de amigos, que incluye el consumo de éstos y sus actitudes hacia las drogas, sería el factor que mejor predice el consumo de sustancias psicoactivas. Obteniendo resultados similares a los que ya se habían hallado en otros estudios previos (Reifman, Barnes, Dintcheff, Uhteg y Farrell, 2001). Según estos autores, la presión de los iguales, el reforzamiento social y el modelado son los efectos que podrían explicar esta evidente relación, aunque es probable que también exista una selección previa por parte del joven consumidor, de forma que la relación se da en ambos sentidos (Carballo et al., 2004). En los últimos años también han aparecido una serie de investigaciones que se han centrado en el factor específico de los pares en la adolescencia y en su relación con la trayectoria de los trastornos por uso de sustancias, así por ejemplo Lee et al. (2012), encuentran cómo la influencia de los compañeros que consumen alcohol parece influir en los síntomas del trastorno por abuso de alcohol a los 20 años. En relación al tabaco, parece que el tabaquismo precoz se explica mejor por la relación del pre-adolescente con un mayor número de amigos que fuman y por tener hermanos fumadores (Kelly et al., 2011), siendo esto también cierto en el caso de otras sustancias, en las que su consumo por parte de buenos amigos, aumenta el uso de éstas por parte de los adolescentes (Glaser, Shelton y Van der Bree, 2010).

3.4. Factores de riesgo familiares

El estudio de la familia como potencial determinante del consumo de drogas ha surgido con posterioridad al estudio de este fenómeno desde una perspectiva individual, en la búsqueda de un acercamiento nuevo, globalizado e integrador de factores ecológicos, ambientales y del contexto. El interés por los factores familiares apareció al

considerarse que el consumo de drogas, como cualquier conducta, está influido por diversos factores, incluyendo aquellos que intervienen en el proceso de socialización y la propia cultura en que este se desarrolla (incluyendo tradiciones, costumbres, valores transmitidos de una generación a otra, etc.). En este contexto, el estudio de la familia como determinante (tanto previo al consumo de drogas como posterior, en su mantenimiento) ha venido proporcionando una serie de hallazgos relativamente consistentes en el estudio de los factores de riesgo y protección (Nunes-Costa, Lamela y Figueiredo, 2009). Estos factores se van a exponer de manera descriptiva a continuación:

a) Estructura y composición familiar: Muchos estudios han señalado que la ausencia de uno de los padres podría predecir el consumo de drogas en los hijos (Longest y Shanahan, 2007). Así, los adolescentes que viven en hogares monoparentales o con padrastros tienen más probabilidades de consumir drogas en comparación con adolescentes que viven con sus dos padres (Broman, Li y Reckase, 2008). En concreto, se ha indicado que los adolescentes que viven con ambos padres biológicos tienen menos probabilidades de consumir cigarrillos y de beber alcohol que aquellos que viven con un solo padre o en una familia reconstituida (Brown y Rinelli, 2010). En cuanto al consumo de otras drogas ilegales, los resultados apuntan en la misma dirección: los adolescentes de familias reconstituidas o monoparentales tienen más probabilidades de consumir drogas ilegales (Hemovich y Crano, 2009). Sin embargo, otros estudios sugieren que, más que la falta de uno de los padres (especialmente en el caso de las madres viudas, divorciadas, etc.), el factor de riesgo podría ser la falta de relación de estas madres con otro adulto, independientemente del rol que éste pudiera adoptar. Secades, Fernández y Vallejo (2004) sugieren que la variable estructural (familia monoparental) no ejerce un efecto directo sobre el consumo de drogas de los hijos, sino que se debe más bien a la mediación de una variable funcional como es el control familiar. Más recientemente, Habib, Santoro, Kremer, Toumbourou, Leslie y Williams (2010) encontraron en un estudio sobre gestión y estructura familiar que dicha estructura familiar no era predictor significativo del consumo intensivo de alcohol de los hijos, mientras que la cercanía emocional con el padre y un buen manejo de la familia (establecimiento de reglas sobre el consumo de alcohol y salidas los fines de semana) sí lo eran.

b) Patrones de disciplina y control: Un factor de gran relevancia es el tipo de crianza, dentro del que debemos diferenciar dos dimensiones: control y calidez paterna.

Unidas, estas dimensiones configuran los cuatro posibles estilos de crianza: *autoritario*, con elevado control y baja calidez; *permisivo*, con bajo control y elevada calidez; *democrático*, con alto control y alta calidez; e *indiferente*, con bajo control y baja calidez (Shaffer, 2000). En este sentido, en nuestro país, Secades et al. (2004) obtienen que es el denominado estilo “permisivo” el que estaría asociado al uso de sustancias psicoactivas, debido a que sería el adolescente quien establecería sus propias reglas y límites, junto a la existencia de pocas directrices claras por parte de los padres. Los hijos de padres con un estilo democrático tienden a tener confianza en sí mismos, un mayor control personal y son más competentes socialmente. Becoña (2011), en su revisión sobre estilos parentales y consumo de sustancias, concluyó que un estilo de crianza democrático estaba relacionado con un menor consumo de sustancias en los hijos y al parecer, con una menor susceptibilidad a la adicción. La existencia de padres indiferentes será el predictor de peor pronóstico para los hijos. Para algunos autores, la llamada “ausencia de monitorización” es el vínculo clave entre las prácticas parentales y el uso de sustancias en los hijos (Lochman, 2006). Por último, se ha de destacar la revisión de Muñoz-Rivas y Graña (2001), donde concluyen que el riesgo de uso y abuso de drogas suele incrementarse cuando se aplican pautas de crianza y manejo familiar que conllevan la inexistencia de expectativas claras sobre la conducta, estilos educativos y de crianza excesivamente autoritarios o permisivos, pocas e inconsistentes recompensas por la puesta en práctica de conductas positivas y excesiva severidad y castigos inconsistentes asociados a conductas no deseadas.

c) Vínculo afectivo: En el estudio de las relaciones afectivas y de comunicación familiar se han analizado aspectos como el afecto y vínculo afectivo paterno-filial, la comunicación familiar, la cohesión familiar y el conflicto familiar. Las prácticas educativas parentales fundamentadas en la facilidad para establecer comunicación y en la expresión de afecto, apoyo y comprensión, juegan un papel decisivo en el ajuste socioemocional del hijo y en el desarrollo positivo de su autoestima (Cava, Murgui y Musitu, 2008). En el otro extremo, el conflicto familiar es un factor que facilita el consumo de drogas en adolescentes, como sistemáticamente encuentran los estudios sobre esta cuestión (Becoña, 2002). El clima familiar es otro factor importante a tener en cuenta, especialmente en lo que a emocionalidad negativa se refiere. Se sabe, por ejemplo, que las dificultades de control emocional de las madres, que suelen ser las que pasan más tiempo con sus hijos, se relacionan de forma directa con un mayor consumo de sustancias por parte de éstos (Brook, Whiteman, Finch y Cohen, 1998). De igual

modo, la percepción de abandono, abuso o maltrato procedente del entorno familiar, se asocia con el consumo de sustancias psicoactivas (Secades et al., 2004). Por otra parte, la presencia de conflictos interparentales de carácter destructivo influye también de forma importante en la relación con los iguales, aumentando el riesgo de presentar problemas conductuales y emocionales, así como psicopatologías, en un futuro (David y Murphy, 2007). Por el contrario, la literatura científica muestra que a medida que aumenta la importancia que se otorga a la familia y a los valores que la rodean, especialmente a la proximidad y a la intimidad con los padres, se incrementa la supervisión paterna sobre las actividades y amistades de los hijos, disminuyen en general las conductas de riesgo de los mismos, y particularmente el consumo de sustancias (Coley, Votruba-Drzal y Schlinder, 2008).

d) Actitudes y creencias de la familia hacia el consumo de drogas: Dentro del estudio de las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas es indudable, tal como se ha reflejado en la literatura al respecto, que una actitud más favorable hacia el consumo de drogas y una conducta de consumo de los padres se va a corresponder con un mayor consumo de drogas de los hijos, lo cual podría explicarse tanto por el proceso de socialización como por procesos de modelado que van a facilitar el consumo de drogas en los hijos a través del aprendizaje (Guo, Hill, Hawkins, Catalano y Abbott, 2002). Así, distintos estudios encuentran sistemáticamente que el consumo de drogas de los padres se asocia al consumo de drogas de los hijos y a un patrón más crónico de consumo (Ryan, Jorm y Lubman, 2010; Secades et al., 2004). Las actitudes hacia el consumo constituyen otro factor fundamental en el uso y abuso de sustancias. Algunos estudios han encontrado que las actitudes permisivas de los padres hacia el consumo de drogas es un factor con el mismo peso para explicar el consumo de drogas en los hijos que el consumo real de los padres. Por ello, la tolerancia de los padres hacia el consumo de drogas es un claro factor de riesgo para el consumo de drogas en los hijos (Becoña, 2002; Secades et al., 2004).

e) Psicopatología en la familia: La presencia de psicopatología en los padres es un factor de alto riesgo para la aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos en los hijos, lo que correlaciona con el uso de sustancias en la adolescencia (Brook et al., 2001). A su vez, el consumo de sustancias aumenta la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental, estableciéndose una relación bidireccional que se retroalimenta, siendo la patología dual un fenómeno relativamente frecuente (Kamon et al., 2006). La existencia de algún trastorno por abuso de alcohol u otras drogas entre los

padres es un claro factor de riesgo que predice la ocurrencia de algún trastorno por uso de sustancias en los hijos, especialmente si dicha exposición se produce durante la adolescencia (Kirisci et al., 2005), independientemente de otros factores de riesgo familiares como la clase social, historia de consumo de drogas en los padres, o factores de riesgo individuales como diversos trastornos psiquiátricos. Además, también predice otros trastornos como la personalidad antisocial (Kilpatrick et al., 2000), especialmente si es concurrente con un trastorno de personalidad antisocial en uno de los padres (Kilpatrick et al., 2000) y hermanos, unida al consumo de drogas.

3.5. Factores de riesgo escolares

Junto con la familia, la escuela es uno de los primeros agentes socializadores desde la infancia temprana, y en ella los niños y adolescentes pasan gran parte del día. Es por esto que su papel en la protección contra el uso, abuso y dependencia de sustancias resulta fundamental. Los factores de riesgo escolares que se consideran más importantes son el bajo rendimiento académico y el fracaso escolar, el bajo apego a la escuela y la conducta antisocial en la escuela.

a) Fracaso escolar: Uno de los factores de riesgo para el consumo de drogas que tradicionalmente ha recibido una mayor atención y ha sido objeto de estudio más frecuentemente es el fracaso escolar, que puede considerarse que incluye también el bajo rendimiento académico o dificultad de pasar de uno a otro curso (Hawkins et al., 1992). Presentar bajo rendimiento o fracaso escolar predice el consumo de drogas en jóvenes (López y Rodríguez-Arias, 2012), una mayor probabilidad de consumo abusivo de las mismas y también una mayor probabilidad de usar esteroides anabólico-androgénicos (Dunn y White, 2011). El rendimiento escolar resulta importante en cuanto al uso de drogas, aumentando el riesgo de consumo. Cuando existe fracaso escolar, independientemente de cuáles sean sus causas, y constituyéndose como uno de los principales factores de protección cuando los resultados son altos, lo que puede deberse a la experiencia de éxito que supone para el niño y el adolescente (Piko y Kovács, 2010)

b) Bajo apego a la escuela: El bajo apego a la escuela, la falta de compromiso y la mala relación alumno-maestro (Markham, Young, Sweeting, West y Aveyard, 2012) o la falta de interés por la misma, es un factor de riesgo para el consumo de drogas (Hawkins et al., 1992). Parece que la desvinculación escolar está fuertemente relacionada con la deserción de la escuela, así como con conductas problemáticas graves,

que incluyen el uso o abuso de sustancias psicoactivas (Henry, Knight y Thornberry, 2012). Las constantes faltas al centro escolar aumentan de forma importante las posibilidades de que el adolescente se implique en conductas inadecuadas para su edad o en conductas de carácter antisocial, entre las que se encuentra el consumo de drogas. Distintos estudios encuentran que aquellos niños o adolescentes que tienen previsto asistir a la escuela tienen un menor consumo de drogas que aquellos que no piensan ir. Específicamente, el “hacer novillos” (faltas a clase no justificadas) es uno de los factores claves para explicar el bajo apego a la escuela, siendo uno de los factores más claramente asociados con el consumo de drogas (Dunn y White, 2011).

c) Conducta antisocial en la escuela: En la escuela, la conducta antisocial individual acarrea problemas importantes de adaptación y problemas relacionados con la disciplina y las normas del centro, relación con los profesores y con otros alumnos, etc. Al mismo tiempo, puede llevar a problemas de fracaso escolar, poca valoración de la persona por parte de sus profesores, necesidad de prestarle mucha atención para controlar sus conductas problema pero poca para con su aprendizaje y conducta más relacionada con el desempeño escolar, mayores quejas a los padres por su comportamiento en la escuela, etc. Todas estas consecuencias de la conducta antisocial individual se asocian asimismo con un riesgo incrementado para el consumo de drogas (Hawkins et al., 1992), una iniciación más temprana en el mismo, un riesgo mayor de borrachera, en el caso del alcohol, (Donath et al., 2012) y, en general con un mayor número de problemas cuando ambas conductas se dan al mismo tiempo. Por tanto, aunque la conducta antisocial se manifiesta a través de diversos comportamientos, siendo uno de ellos el consumo de drogas, en el marco escolar se convierte en un factor de gran relevancia para el desarrollo de otros problemas de adaptación y de conducta.

3.6. Factores de riesgo sociales

Existe evidencia que indica que diferentes comunidades difieren sustancialmente en su perfil de factores de riesgo y protección para el consumo de drogas, y que esas diferencias están asociadas claramente con los perfiles de consumo de drogas en esas comunidades (Hawkins, Horn, Lee Van y Arthur, 2004). Estos estudios vienen a avalar la utilidad de estudiar sistemáticamente los factores de riesgo y protección de cada comunidad para el uso de drogas y otras conductas de riesgo o problemas, como base para la planificación, desarrollo y monitorización de

intervenciones preventivas. Así, se han propuesto distintos factores de riesgo y protección de tipo comunitario. De ellos, los considerados como más relevantes son los siguientes: la privación económica y social, las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables hacia el uso de drogas y accesibilidad a las drogas.

a) Deprivación económica y social: Inicialmente, cuando se comenzó a estudiar el uso y abuso de drogas hace varias décadas, se pensaba que la privación económica y social era un factor clave para explicar el consumo de drogas. Sin embargo, conforme se fue avanzando en el estudio del fenómeno del uso y abuso de drogas y en el estudio de las variables asociadas al mismo, esta perspectiva cambió. Incluso, en ocasiones se afirmaba lo contrario, que era más bien la posibilidad de disponer de una buena cantidad de dinero lo que constituía la causa del consumo de drogas. Tras muchos estudios sobre la pobreza y otros aspectos de la privación, hoy sabemos que la privación, en ciertas circunstancias, favorece el consumo de drogas en una parte de las personas privadas y, al contrario, que el disponer de dinero, junto a otros factores, favorece el inicio o mantenimiento en el consumo de distintas drogas en contextos no privados (Mulia y Karriker-Jaffe, 2012).

b) Creencias favorables hacia el consumo de drogas: Las creencias que la propia sociedad tenga acerca del uso de sustancias y la percepción de riesgo acerca de las mismas, es un importante factor en el riesgo asociado al uso, abuso y dependencia (López y Rodríguez-Arias, 2010). Las personas que poseen creencias que recogen un determinado nivel de peligrosidad en el consumo de drogas, las usan en menor grado que aquellas que opinan lo contrario (Becoña, 2002) y esta percepción del riesgo varía sustancialmente de unas a otras sustancias. Así, la percepción social de una sustancia y el riesgo asociado al consumo de la misma, tendrá una plasmación en las normas legales, que contribuirán a reforzar dicha imagen o a promover la transformación social. La despenalización del consumo privado o el hecho de que las leyes sean más duras con los delitos asociados a la heroína o a la cocaína respecto al cannabis, son sólo dos ejemplos de esta relación (Becoña, 2002). Por otra parte determinados mitos entre los adolescentes sostienen creencias relativas al efecto que podría tener no legalizar el consumo, por ejemplo, de cannabis. Entre los jóvenes, y probablemente entre la población en general, existe la creencia de que prohibir el consumo de determinadas drogas incrementa el deseo de consumo de las mismas, pero entre las motivaciones observadas en diferentes estudios se encuentran las de carácter lúdico, la diversión, experimentar con nuevas drogas, etc. (Calafat, Fernández, Juan y Becoña, 2006).

c) Disponibilidad de las drogas: Es obvio que para que se pueda producir el consumo tiene que estar presente la sustancia y ser accesible. Recientemente se ha podido comprobar cómo la disponibilidad de medicamentos actúa también como un factor de riesgo para el consumo de drogas (López y Rodríguez-Arias, 2010). Si esto es así, las personas que se encuentran en lugares en los que hay un porcentaje alto de personas que consumen drogas, se encuentran claramente en una situación de riesgo mayor que aquellos en cuyo ambiente inmediato no hay consumidores de drogas (Muñoz-Rivas et al., 2001). Por otro lado, cuando el precio es bajo, la probabilidad del consumo es mayor, que disminuye cuando la droga se encarece (Chaloupka, Cummings, Morley y Horan, 2002).

3.7. Factores de protección

A diferencia de los factores de riesgo, de manera general los factores de protección han sido objeto de un menor nivel de estudio. En el siguiente apartado se realizará un repaso de los diferentes factores de protección que se han podido encontrar en la revisión de la literatura.

a) Factores de protección familiares: Dentro de la familia vamos a poder encontrar varios factores de protección, entre los que destacan el estilo parental democrático y la vinculación afectiva. El primer factor de protección en la familia está relacionado con el estilo parental. Becoña, en su revisión sobre estilos parentales y consumo de sustancias, concluye que un estilo de crianza democrático estaba relacionado con un menor consumo de sustancias en los hijos y al parecer, con una menor susceptibilidad a la adicción, (Becoña, 2011). El segundo factor de protección dentro de la familia sería la vinculación afectiva: cuando hay una buena vinculación afectiva hay adecuados estilos de crianza y se encuentra un buen grado de refuerzos y gratificaciones dentro de la familia. Los estudios realizados en España aportan evidencias que van en esta línea, Secades y sus colaboradores (2004) obtienen que el vínculo entre la conflictividad familiar y el consumo de drogas en los hijos, tiene como nexo el control efectivo sobre el contexto en el que se desenvuelve la conducta de los hijos. Los resultados de estudios longitudinales apoyan el modelo de interacción familiar, indicando que el vínculo mutuo entre padres e hijos afecta a la presencia o relativa ausencia de valores convencionales en los hijos, la cual a su vez afecta al uso

de drogas en adultos jóvenes. Ese vínculo mutuo actúa, al parecer, mediante: a) la estabilidad de las relaciones de apego desde la infancia a la edad adulta temprana, b) la estabilidad de la personalidad no convencional y atributos comportamentales desde la infancia a la adultez temprana, y c) la estabilidad del uso de drogas durante este periodo vital (Brook y Cohen, 1998)

b) Factores de protección individuales: Dentro de los factores de protección individuales podemos encontrar varios componentes clave que señalaron Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado (2000):

- Religiosidad: entendida ésta como asistencia a la iglesia y afiliación religiosa. Actualmente, la literatura sugiere que la religiosidad es un robusto factor protector contra el consumo y el abuso de drogas, menos claro es cómo la religiosidad influye en el uso de sustancias. Parece que, concretamente, la asistencia a la iglesia y la afiliación religiosa podrían tener su efecto protector porque con ellas se obtiene apoyo social y se encuentra significado para el desarrollo de la identidad, facilitando así el apego social y la menor necesidad de otro tipo de grupos, especialmente de aquellos que consumen drogas.
- Creencia en el orden social: La conformidad social al final de la adolescencia predijo niveles más bajos de participación en el consumo de alcohol a la edad de 25-27 años. Además, la creencia en el orden moral en la pre-adolescencia y la adolescencia predecían un riesgo menor de abuso y dependencia a la edad de 21 años (Guo et al., 2002).
- Desarrollo de habilidades sociales: Diversos estudios también han identificado las habilidades sociales como factor de protección frente al consumo de diversas sustancias (López y Rodríguez-Arias, 2012). La empatía, como componente específico de la habilidad social, también se ha postulado como un factor de protección. La empatía se define como una respuesta afectiva para la aprehensión y comprensión del estado emocional del otro o la capacidad para “ponerse en lugar” del otro.
- Creencia en la propia autoeficacia: Se ha estudiado, como un posible factor de protección, la autoestima, que sería la valoración positiva o negativa del auto-concepto y que estaría relacionada con el bienestar afectivo (Luengo, Otero, Romero, Gómez-Fraguela y Tavares-Filho, 1999). El auto-concepto se

desarrolla cognitivamente a partir de las interacciones con el medio social respecto a lo que se es, lo que se tiene y lo que se es capaz de hacer. Los jóvenes que tienen una pobre valoración de sí mismos y de sus capacidades, dependen más del reconocimiento de los demás y, para conseguirlo, tienden a seguir las demandas de otras personas, lo que es un claro factor de riesgo en relación al consumo de drogas, ya que reduce la capacidad de resistencia a la presión de los iguales o a la de la publicidad. Por el contrario, los jóvenes con elevada autoestima tienden a considerar que son merecedores del respeto y la consideración de los demás, independientemente de que su conducta se ajuste o no a los deseos de otros. Además, tienden a considerarse más autoeficaces, entendiendo que la posibilidad de negarse a la presión hacia el consumo de drogas es realmente una alternativa de conducta que está bajo su control, independientemente de las circunstancias en que se produzca ésta.

- Buen rendimiento académico e inteligencia: Otro posible factor de protección es la inteligencia. Distintos estudios han encontrado esta relación, aunque no siempre aparece. Así, en su estudio, Fergusson y Lynskey (1996) encuentran que son factores protectores del consumo de drogas la alta inteligencia, la baja conducta de búsqueda de novedades y la evitación de amistades con iguales delincuentes. Sin embargo, o bien por las dificultades de su evaluación, o por la relación con otros factores de riesgo más relevantes, no se le da a esta variable mucha relevancia.
- Resiliencia: La resiliencia es el factor de protección más estudiado, ya que se centra en aquellas personas que estando en situaciones de alto riesgo no desarrollan conductas problema, en el caso que nos ocupa, no desarrollan conductas de consumo de drogas. Inicialmente, el afrontamiento y el consumo de drogas se han relacionado a través del modelo de Wills y Shiffman (1985). Los autores postulan dicha asociación por tres motivos. El primero hace referencia a que las distintas sustancias adictivas pueden ser usadas como activadoras de un mecanismo de afrontamiento por dos razones: pueden reducir los efectos negativos de lo aversivo o pueden incrementar los positivos de lo gratificante. La segunda forma de relación la establecen sobre el hecho de que determinadas estrategias de afrontamiento amortiguan el estrés. Y el tercero, se refiere a la existencia de procedimientos de afrontamiento vinculados con la tentación de

consumo que ocurren en situaciones concretas (Wills y Hirky, 1996; Wills y Shiffman, 1985). Con este modelo de afrontamiento se asume que las personas pueden aumentar el riesgo de consumo en función de variables temperamentales, sociales y de estrés. Estas variables pueden por tanto incrementar la vulnerabilidad ante el consumo como consecuencia de la elevación del distrés subjetivo, reduciendo el reforzamiento de ambientes sociales y haciendo que el uso de drogas se perciba como un medio de afrontamiento más atractivo (Wills y Hirky, 1996). En varios estudios ha podido relacionarse el estrés con la vulnerabilidad para el consumo de drogas. Se ha visto que el estrés en áreas específicas de funcionamiento asociado con la escuela (por ejemplo la competencia) y el estatus personal (por ejemplo, síntomas depresivos) contribuye a incrementar el consumo de alcohol (Pentz, 1985; Wills y Shiffman, 1985). Según este modelo, los distintos estilos de afrontamiento pueden disminuir o aumentar el riesgo de consumo ante la presencia de factores de riesgo. Existen, así, muchas investigaciones que corroboran que el afrontamiento adaptativo que se centra en el problema puede considerarse como un factor de protección ante el consumo de drogas en situaciones de alto estrés.

c) Factores de protección sociales: Kumpfer et al. (1998) proponen que hay diversos factores de protección sociales, como son la existencia de un sistema de apoyo externo positivo, el apoyo y recursos formales e informales de la familia, las normas, creencias y estándares conductuales contra el uso de drogas, el rendimiento escolar exitoso y el apego a la escuela. Como ejemplo de la existencia de un sistema de apoyo positivo externo en la comunidad, algunos estudios en América muestran cómo la existencia de un adulto de referencia (“mentor”) se asocia con una probabilidad sustancial y significativamente menor de llevar a cabo diversas conductas de riesgo para la salud, entre las que se encuentran fumar, consumir drogas ilegales, portar armas y conductas sexuales de riesgo (Kumpfer et al., 1998). Tal como los autores los consideran, la ventaja de estos factores de protección es que, a su vez, sirven de factores para prevenir o reducir el riesgo de pobreza, baja educación o conflictos familiares, los cuales tienen una clara influencia en el consumo de drogas como factores de riesgo, tal y como ya se ha señalado. Otros factores de protección sugeridos, en una línea similar,

son los de Pollard, Tucker, Green, Kennedy y Go (2010), quienes consideran los refuerzos por la implicación en la comunidad y las oportunidades para implicarse en la comunidad. Recientemente, Brooks, Magnusson, Spencer y Morgan (2012), han identificado como un factor de protección comunitario el sentimiento de seguridad y pertenencia y cómo este, en los adolescentes, se relaciona positivamente con conductas de riesgo reducido fuera de casa e indican la importancia de la comunidad en general junto con los padres y la escuela como activos de protección para la salud. Como factor de protección también se ha estudiado la “resiliencia”, que se abordará en detalle más adelante, y que permite explicar el que una parte de aquellas personas que han estado sometidas a condiciones de vida extrema no tengan por qué desarrollar problemas importantes en el futuro si se dan condiciones familiares o sociales que las amortigüen.

d) Factores de protección ligados a la relación con iguales: Hay algunos factores de protección que han demostrado, en alguna medida, poder funcionar independientemente de los factores de riesgo que hemos comentado anteriormente. Uno especialmente importante es el apego a los iguales (Younoszai, Lohrmann, Seefeldt, Greene, 1999), cuando estos no consumen drogas. Esto se explica por el hecho de que tener amigos íntimos normalizados que tienen actitudes y metas semejantes a las de la persona facilita una mayor estabilidad y apoyo emocional. En la adolescencia se pasa de percibir como esencial el apoyo emocional de los padres a percibir como tal el apoyo de los amigos. Si el adolescente lo encuentra en éstos es más probable que su evolución sea más estable. Con el grupo de amigos es posible aprender nuevas conductas adaptativas para los roles que comienzan a acercarse al rol de adulto, salir organizadamente a desenvolverse fuera del entorno familiar y llevar una vida como persona joven normal. Dentro del grupo de amigos, los compañeros de clase en particular, son de importancia clave para las redes sociales de los jóvenes. El apoyo de los compañeros de clase fomenta sentimientos de “pertenencia” a un grupo social o de ajuste. El nivel de percepción de apoyo de los compañeros está ligado a experiencias escolares de satisfacción y motivación (Torsheim, Wold y Samdal, 2000). En cambio, el menor apoyo percibido entre los compañeros de clase se asocia con quejas somáticas y psicológicas y estado de ánimo deprimido, así como con una mayor prevalencia del hábito de fumar y beber (Torsheim et al., 2000).

e) Factores de protección en la escuela: El rendimiento escolar se ha constituido como uno de los principales factores de protección cuando los resultados son altos, así como la participación en actividades extracurriculares. En general, se acepta la hipótesis de que una mayor vinculación y apego a la escuela resulta un factor de protección frente a una variedad de conductas de riesgo para la salud durante la adolescencia, no solamente para el uso o abuso de drogas, sino también para otros comportamiento problemáticos (Hawkins et al., 1992). El grado de integración en la escuela y la buena relación con el profesorado son factores de protección frente al consumo de drogas (Markham et al., 2012), incluso cuando se controlan características individuales y escolares relevantes, los centros educativos que alcanzan un sentido más alto de comunidad cohesionada muestran una tasa de delincuencia y consumo de drogas más bajo, sugiriendo que la cohesión y el apego al contexto escolar puede moderar las relaciones entre los factores de riesgo y protección individuales, que, a su vez, pueden aumentar la resiliencia de los alumnos. Sin embargo, el factor de protección esencial en la escuela es una escuela de calidad (Muñoz-Rivas et al., 2000). Cuando en la escuela hay un adecuado control del profesorado hacia sus alumnos, un seguimiento cercano de los mismos y un trato correcto y adecuado a su desarrollo evolutivo, se favorece un desarrollo integral de la persona. Con ello se facilita que los alumnos puedan funcionar más autónomamente, se encuentren mejor consigo mismos y tengan menos conductas problema, tanto relacionadas con el consumo de drogas como con otras conductas problemáticas. Esto viene a apoyar la necesidad de no contemplar de modo aislado el factor del fracaso escolar, ya que el mismo viene explicado por otras múltiples causas, entre ellas, problemas de salud, valores, motivación del logro, problemas de aprendizaje, bajo nivel intelectual, etc. (Craig, 1997).

A modo de resumen de presente apartado se puede concluir que un factor de riesgo es un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso/abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento) (Clayton, 1992). Un factor de riesgo viene a ser una asociación o correlato entre un sujeto y un resultado, pudiendo evaluarse antes de que haya producido el resultado o utilizarse para dividir a la población en subgrupos de alto y bajo riesgo (Offord y Kraemer, 2000). Dentro de lo factores de riesgo se pueden encontrar internos del propio sujeto, los individuales, y externos.

Los factores de riesgo individuales hacen referencia a las características propias de cada individuo, donde destacan los factores de riesgo psicológicos y conductuales. Se ha comprobado que la psicopatología, los trastornos de conducta, el consumo precoz, la alienación y la rebeldía y las expectativas favorables ante los consumos de drogas son poderosos factores de riesgo ante la génesis y el mantenimiento de la conducta de consumo de drogas en la adolescencia. Dentro de los factores de riesgo individuales también destacan los rasgos de personalidad como potentes factores de riesgo ante el consumo de drogas, siendo los más destacados la impulsividad, la búsqueda de sensaciones y la personalidad antisocial. Otros estudios han demostrado que existen factores de riesgo biológicos ante el consumo de drogas, entre los que destacan los factores genéticos, los neurobiológicos y los constitucionales.

Otra rama de las investigaciones han centrado el foco de atención en los factores externos al individuo. Se ha demostrado que un grupo de iguales disocial y con tendencia al consumo de drogas es un potente factor de riesgo ante los consumos de drogas en la adolescencia. Del mismo modo las características familiares han sido ampliamente estudiadas, encontrándose que una estructura y composición familiar desajustada, un patrón de disciplina y control inadecuado y un vínculo afectivo inconsistente son potentes factores de riesgo ante las conductas de consumo de drogas en los adolescentes. Otro ámbito de la investigación han sido la escuela, encontrando en el fracaso escolar, el bajo apego a la escuela y la conducta antisocial potentes factores de riesgo ante el consumo de drogas. Por último se ha constatado que la presencia de algunas variables sociales son factores de riesgo ante el consumo de drogas, tales como la privación económica y social, las creencias favorables hacia el consumo de drogas y la disponibilidad de las drogas en el entorno más cercano del adolescente.

Capítulo 4

Instrumentos de evaluación del consumo de drogas en la adolescencia

A la hora de la elaboración de programas de tratamiento eficaces sobre el consumo de drogas en los adolescentes, se debe conocer las variables concretas sobre las que los programas terapéuticos deben incidir. Para dicho fin es fundamental contar con instrumentos de evaluación fiables y sensibles al cambio. Una vez se han descrito las variables donde se ha de incidir y se ha desarrollado y aplicado un programa de tratamiento, la evaluación clínica es una herramienta básica para mejorar los protocolos de intervención que se ponen en marcha, haciéndolos cada vez más específicos y eficaces. Por último, la evaluación clínica es la única herramienta eficaz para demostrar la efectividad de la intervención, para lo cual es necesario contar con instrumentos de medida sensibles al cambio que se da entre el inicio del tratamiento y el final del mismo.

Es importante resaltar que la evaluación clínica proporciona el fundamento para desarrollar la formulación de cada caso particular. La información obtenida permite formular hipótesis explicativas sobre la naturaleza y la extensión de los problemas del consumo de drogas.

Los instrumentos de evaluación del consumo de sustancias son, en su mayoría, relativamente recientes. De hecho, antes de la década de los 80 solo había validadas dos pruebas específicas para la población de entre 12 y 18 años y las dos estaban orientadas al cribado de casos problemáticos. Hasta dicha fecha los adolescentes eran evaluados mediante pruebas diseñadas para población adulta (Pérez, García y Vicente, 2009).

Se ha de señalar que, cuando se habla de evaluación se hace referencia tanto a la evaluación de pacientes como a la evaluación de los programas de intervención. Así, se divide el presente apartado en dos partes. En la primera parte del presente apartado se describirá la evaluación de los usuarios, descrita del punto 4.1 al 4.5, y en la segunda parte, se abordará brevemente la evaluación de los programas para drogodependientes en el apartado 4.6.

En los primeros apartados de este capítulo se van a describir las herramientas de evaluación más utilizadas en el campo del tratamiento de las adicciones en la adolescencia. La selección de dichas pruebas ha sido guiada por los parámetros establecidos por Winters (1999) quien establece que criterios básicos ha de cumplir una prueba de evaluación. Para que una herramienta de evaluación sea eficaz se ha de cumplir unos requisitos básicos de fiabilidad y validez. En segundo lugar, las pruebas han de estar correctamente adaptadas a la población adolescente. Del mismo modo se ha de valorar positivamente a la hora de seleccionar las pruebas la estabilidad temporal

(test - retest), la evidencia de validez, la validez predictiva del instrumento y la capacidad del instrumento de evaluar los cambios conductuales y de actitudes a lo largo del tiempo (Winters, 1999).

Se han propuesto diferentes clasificaciones de los instrumentos de evaluación del consumo de sustancias entre los adolescentes. La clasificación de referencia en la actualidad la realizó Winters (2003). Dicha clasificación enmarca las diferentes herramientas de evaluación en 5 categorías, las cuales se detallarán a continuación.

4.1. Instrumentos de cribado

En este grupo se incluyen distintas pruebas breves dirigidas a la detección de casos con elevada probabilidad de cumplir criterios diagnósticos. Dentro de este grupo de pruebas destacan el POSIT; "*Instrumento de Cribado para Orientar a Padres sobre Problemas*" (Rahdert, 1991), el DUSI - R; "*Inventario de Cribado del Consumo de Drogas - Revisado*" (Tarter, 1990), el CAST; "*Prueba de Detección del Abuso de Cannabis*" (Reynaud, 2002) y el FRIDA; "*Factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en adolescentes*" (Secades, Carballo, Fernández, García y García, 2006).

a) POSIT; "*Problem Oriented Screening Instrument for Parents*" (Rahdert, 1991)

El POSIT es una prueba breve de detección, diseñado para adolescentes de entre 12 y 19 años de edad en los que se precise identificar problemas para su posterior confirmación diagnóstica. Tiene un formato autoadministrado, siendo tan solo preciso para su aplicación entre 20 y 30 minutos. Está construido con 139 ítems con respuesta dicotómica (Sí/No). Esta escala evalúa el funcionamiento del sujeto en las siguientes áreas:

- Consumo y abuso de sustancias.
- Salud física.
- Salud mental.
- Relaciones familiares.
- Relaciones con iguales.
- Educación.
- Intereses vocacionales.

- Habilidad social.
- Ocio.
- Conductas agresivas y delictivas.

Esta herramienta puede ser aplicada en una amplia variedad de situaciones en la evaluación de adolescentes, tanto en el ámbito asistencial como a nivel epidemiológico. También se puede utilizar para la evaluación de menores infractores o adolescentes que presenten comorbilidad psiquiátrica.

Las distintas escalas del POSIT presentan una consistencia interna (α de Cronbach) en el rango 0,44 - 0,86, siendo la escala de abuso de sustancias la que presenta mayor fiabilidad. Los datos psicométricos indican que la sensibilidad de la escala de abuso de sustancias del POSIT, con un punto de corte igual o mayor de 1, es del 84%, si bien su especificidad es sensiblemente más baja (41%). Con el mismo punto de corte, la validez del POSIT para detectar adolescentes con diagnóstico de abuso o dependencia al alcohol registra una elevada sensibilidad (85%) y especificidad (89%), mostrando ser una herramienta de evaluación muy útil en este campo.

El POSIT es un instrumento de dominio público. Los autores permiten su aplicación y reproducción sin coste alguno. El POSIT fue traducido y validado a la población española por Mariño, Gonzalez, Andrade y Medina-Mora (1998).

b) DUSI - R; "Drug Use Screening Inventory - Revised" (Tarter, 1990)

Es un instrumento de 159 ítems diseñado para evaluar el consumo problemático de sustancias así como los problemas relacionados con esta conducta. Se trata de una prueba de cribado que se puede aplicar a pacientes a partir de los 16 años, siendo una prueba diseñada originalmente para su aplicación en adultos. Contiene 10 áreas de valoración referidos a los 12 meses previos a su aplicación:

- Abuso de sustancias.
- Problemas de conducta.
- Salud física.
- Trastornos psiquiátricos.
- Autoafirmación social.
- Disfunción familiar.
- Rendimiento escolar.
- Rendimiento laboral.
- Relación con iguales.

- Ocio y tiempo libre.

En cada una de las escalas se añade un ítem que configura una escala de validez. Esta prueba también incluye un módulo donde se pregunta acerca de la frecuencia de consumo en el último mes. Todas las preguntas son de respuesta dicotómica Si/No. El tiempo de administración oscila entre los 20 y los 40 minutos.

El DUSI-R permite obtener un índice de severidad global así como el correspondiente a cada una de las dimensiones que lo constituyen. Cada respuesta afirmativa equivale a 1 punto y las negativas no puntúan. El índice global y los de cada escala, se obtienen con la siguiente fórmula:

$$\text{Índice} = (\text{n}^\circ \text{respuestas afirmativas} / \text{n}^\circ \text{ítems totales}) * 100$$

Como puntos de corte se utilizan índices iguales o superiores a 30, si bien a partir de 15 debe considerarse la necesidad de realizar una evaluación más exhaustiva de la dimensión afectada.

La escala ha sido traducida al castellano y validada por Rodríguez, Arelláñez, Díaz y González (1998). En dicha validación la prueba obtuvo una α de Cronbach de 0.92, demostrando ser un instrumento fiable.

c) CAST; "*Cannabis Abuse Screening Test*" (Reynaud, 2002)

Se trata de un cuestionario autoadministrado, diseñado para su aplicación en población adolescente, compuesto por 6 ítems de respuesta dicotómica Si/No. El instrumento evalúa distintos aspectos considerados como propios del consumo problemático, como su uso no recreativo, existencia de trastornos de memoria o intentos de abandonar o disminuir el consumo. Esta prueba está diseñada para su aplicación a adolescentes y adultos jóvenes, requiriendo tan solo 5 minutos para su aplicación y corrección.

En su validación se utilizó una muestra de 1.728 escolares franceses (Legleye, 2007) de entre 14 y 22 años de edad. El CAST ha mostrado una estructura unifactorial, registrando buena consistencia interna ($\alpha = 0,81$) y con elevados índices de validez (sensibilidad = 93%, especificidad = 81%, VPP = 46,8%, VPN = 96,5%).

La escala ha sido traducida al castellano y validada recientemente por el Instituto Senda (2009). En dicha validación la prueba obtuvo una α de Cronbach de 0.78, demostrando ser un instrumento fiable. Del mismo modo, en un reciente estudio, Fernández-Artamendi (2012) adaptó la prueba y contrastó su fiabilidad y la validez en población española.

d) Factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en adolescentes (FRIDA) (Secades et al., 2006)

El FRIDA (Secades et al., 2006) es un cuestionario autoadministrado de 90 items, desarrollado en España y diseñado para detectar factores de riesgo que pueden predisponer al consumo de sustancias entre jóvenes de 12 a 16 años. Su administración puede realizarse de forma individual o colectiva, precisando entre 15 y 20 minutos para su aplicación.

La estructura del FRIDA (Secades et al., 2006) se compone por siete escalas que miden diferentes factores de riesgo:

Factor 1: Reacción de la familia ante el consumo de drogas.

Factor 2: Grupo de amigos.

Factor 3: Capacidad de acceso a las drogas

Factor 4: Riesgo Familiar.

Factor 5: Educación familiar en drogas.

Factor 6: Actividades que protegen ante el consumo de drogas.

Factor 7: Estilo educativo.

Del análisis de las propiedades psicométricas del FRIDA (Secades et al., 2006) se puede concluir que es una prueba predictiva del consumo de drogas en adolescentes con una excelente fiabilidad. La consistencia interna del cuestionario es elevada, $\alpha = 0,925$, con cuatro escalas, la 1, 2, 3 y 5, con α mayor que 0,80 y tres escalas, 4, 6 y 7, en las que α se encuentra entre 0,60 y 0,75. La aplicación del FRIDA (Secades et al., 2006) permite categorizar de manera correcta al 93,7% de los adolescentes, llegando a predecir la conducta de consumo en un 97% de los casos. En este sentido el factores de riesgo dentro de la escala que ha demostrado una mayor validez predictiva es el factor 2, grupo de amigos, seguido del factor 3, disponibilidad de la droga, el factor 6, actividades de protección, el factor 1, reacción de los familiares ante el consumo, el factor 7, estilo educativo, el factor 5, educación familiar en drogas y, por último, el factor que menos predice la conducta de consumo es el 4, riesgo familiar.

4.2. Instrumentos de evaluación integral

Dentro de la clasificación que realiza Winters (2003) se subdivide esta categoría en tres subtipos: entrevistas diagnósticas, entrevistas centradas en el problema y cuestionarios multiescala.

4.2.1. Entrevistas diagnósticas

Por lo general estas pruebas suelen ser instrumentos semi-estructurados en formato de entrevista y diseñados para evaluar el cumplimiento de los criterios DSM-IV. Existen multitud de pruebas de evaluación de este tipo genéricas que detectan un amplio rango de patologías. Se van a analizar en exclusividad las herramientas que evalúan el consumo de drogas, con lo que solamente describiremos las pruebas específicas para la detección y evaluación del uso problemático de sustancias, como pueda ser la ADI, "*Entrevista Diagnostica para Adolescentes*" (Winters y Henly, 1993).

a) ADI, Adolescent Diagnostic Interview (Winters y Henly, 1993)

Este instrumento es una entrevista estructurada dirigida a evaluar el consumo de drogas en adolescentes de 12 a 18 años. Esta prueba utiliza criterios DSM para establecer diagnósticos, evaluando otras dimensiones del funcionamiento del adolescente. Esta entrevista se muestra especialmente útil en el ámbito clínico, permitiendo establecer un diagnostico extenso en las necesidades de tratamiento del adolescente. Esta entrevista se compone de 213 preguntas, si bien no todas son aplicadas en la mayoría de los casos. Su administración suele precisar entre 45 y 50 minutos, si bien puede aumentar su duración en los casos de policonsumo.

La entrevista ADI aporta la siguiente información tras su corrección:

- Presencia o ausencia de diagnóstico de trastorno por uso de sustancias (DSM).
- Nivel de funcionamiento: índice global como resultado de la evaluación de las distintas dimensiones valoradas en la entrevista (relaciones con iguales, relaciones con el sexo opuesto, rendimiento académico, tiempo libre, conducta en casa, y delincuencia y antecedentes legales).
- Severidad de factores estresantes psicosociales.
- Índice de memoria y orientación.

Además, la Adolescent Diagnostic Interview permite detectar sintomatología asociada a ocho patologías comúnmente asociadas a los trastornos por uso de

sustancias: depresión, manía, trastornos de la conducta alimentaria, ideación delirante, alucinaciones, trastorno por déficit de atención, trastornos de ansiedad y trastornos de conducta.

Esta prueba ha quedado en desuso por los criterios diagnósticos que utiliza, fundamentados en el DSM-III-R (Asociación de Psiquiatría Americana, 1987), los cuales han quedado obsoletos. Del mismo modo, la prueba no ha sido estandarizada en población española.

4.2.2. Entrevistas centradas en el problema

Estas pruebas se centran en la evaluación de diferentes áreas donde el consumo de drogas ha podido producir consecuencias. De este modo se evalúa áreas como las relaciones sociales, el área familiar, el rendimiento escolar y el consumo de drogas. Son entrevistas estructuradas que guían al evaluador desde el inicio al fin de la aplicación de la prueba. La mayor parte de estas pruebas son adaptaciones a la población adolescente de la prueba ASI, Índice de Severidad de la Adicción (McLellan, Luborski, Cacciola, y Griffith, 1980). En este grupo se incluyen entrevistas como la ADAD, "*Prueba diagnóstica del Abuso de Drogas en Adolescentes*" (Friedman y Utada, 1989), la CASI-A, "*Índice Comprensivo de la Severidad de la Adicción para Adolescentes*" (Meyers, McLellan y Jaeger 1995), el T-ASI, "*Índice de Severidad de la Adicción para Adolescentes*" (Kaminer, Bukstein y Tarter, 1991) o el T-ASI-2 (Brodey et al., 2008), entrevista que ha sido recientemente adaptada y validada en España (Díaz y Castro-Fornieles, 2008)

a) ADAD, Adolescent Drug Abuse Diagnosis (Friedman y Utada, 1989)

La ADAD es una entrevista estructurada de 150 ítems, que evalúa distintas áreas como el estado médico y psicológico del adolescente (12 - 18 años), su consumo de alcohol y otras drogas, la situación legal, el ambiente y conflictividad familiar, la situación laboral y/o académica, así como sus actividades y relaciones sociales. Su utilidad se centra tanto en la determinación de necesidades específicas de tratamiento y la planificación de éste, como en el seguimiento y análisis de la evolución del paciente en cada una de las dimensiones evaluadas. En este último caso (seguimiento) solo se administran los 83 ítems que aparecen señalados con un círculo en la versión completa del ADAD. En su versión completa, la ADAD precisa de 40-55 minutos para ser administrada. La sección relativa al consumo de sustancias incluye una detallada lista de

drogas y un conjunto de cuestiones referentes a distintas situaciones relacionadas con el consumo, como los síntomas de abstinencia, el consumo en la escuela, el policonsumo o los intentos por alcanzar la abstinencia.

El entrevistador dispone de una escala de 10 puntos donde el 0 es la ausencia de problema y el 9 es problema extremo. Con dicha escala se valorará las necesidades de tratamiento del paciente en cada área:

1. Abuso de alcohol.
2. Abuso de drogas.
3. Problemas físicos.
4. Problemas escolares.
5. Problemas sociales.
6. Problemas familiares.
7. Problemas psicológicos.
8. Problemas legales.

Las puntuaciones son categorizadas en cada dimensión evaluada según el nivel de problemas que se objetiven (no problemática, ligero, moderado, considerable y extremo). Igualmente, se obtiene una puntuación compuesta en cada dimensión. El ADAD dispone de ítems críticos en cada dimensión que aconsejan un análisis en profundidad, en el caso de ser respondidos afirmativamente.

En su validación original (Friedman y Utada, 1989), la ADAD registró una buena fiabilidad interevaluadores para cada una de las nueve dimensiones evaluadas ($r = 0,85 - 0,97$). Igualmente, la fiabilidad test-retest es elevada, tanto en las puntuaciones de severidad de los evaluadores ($r = 0,83 - 0,96$) como en las puntuaciones compuestas ($r = 0,91 - 0,99$), siendo inferior en la correspondiente a la escala de actividad laboral ($r = 0,71$). La validez concurrente con otras medidas (validez externa) también fue adecuada en la mayoría de las dimensiones del ADAD ($r = 0,43 - 0,67$). La entrevista ADAD aún no ha sido validada en población española ni su manual traducido al castellano.

b) CASI - A, Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents (Meyers et al., 1995)

El instrumento CASI es una exhaustiva entrevista semi-estructurada, utilizada para la evaluación clínica y de los resultados del tratamiento en adolescentes. Comprende 10 módulos que pueden ser aplicados de forma independiente, dependiendo

del objetivo que se pretenda en la valoración del sujeto. En consecuencia, el CASI evalúa las siguientes áreas:

1. Salud.
2. Familia.
3. Acontecimientos estresantes.
4. Situación legal.
5. Conducta sexual.
6. Consumo de sustancias.
7. Estado psiquiátrico.
8. Relaciones sociales.
9. Rendimiento académico.
10. Tiempo libre.

Las preguntas que integran el CASI se dirigen a identificar la existencia de determinadas conductas, la edad en la que aparecieron éstas por primera vez y, finalmente, si han sucedido en el último mes así como en los once meses anteriores a éste. Cada módulo evalúa tanto la presencia de estos comportamientos como el grado de discomfort que hubieran producido en el adolescente. La entrevista incluye preguntas objetivas que el entrevistado debe responder afirmativa o negativamente, así como otras de tipo abierto en las que se recoge la opinión subjetiva del sujeto.

Las diez áreas evaluadas por el CASI se agrupan en cuatro dimensiones resultantes del análisis psicométrico del instrumento (Meyers, Hagan y McDermott 2006): dependencia a sustancias, funcionamiento psicosocial, delincuencia y conductas de riesgo. Las cuatro dimensiones presentan una elevada consistencia interna ($\alpha = 0,86 - 0,95$) y una fiabilidad test-retest en un periodo de una semana, con intervalos de correlación intraclass (ICC) en el rango de 0,88 - 0,96. El Comprehensive Adolescent Severity Inventory puede ser utilizado tanto en el ámbito clínico como en la investigación. No obstante, los autores advierten que no se trata de un instrumento diagnóstico ni de toma de decisiones en el tratamiento, sino una herramienta para detectar áreas problemáticas que precisen una evaluación posterior. Su aplicación exige formación previa del entrevistador y un tiempo comprendido entre 45 y 90 minutos, dependiendo del número de módulos que se incluyan en la valoración del sujeto. Aunque la prueba CASI es muy relevante en el ámbito de la investigación no ha sido traducida ni adaptada a la población española.

c) T-ASI, Teen Adicction Severity Index (Kaminer et al., 1991), T-ASI-2, Teen Adicction Severity Index 2 (Brodey et al., 2008)

El T-ASI es una entrevista semiestructurada diseñada como un instrumento multidimensional que permitiera realizar una evaluación periódica del abuso de sustancias en adolescentes, con estructurada similar a la Addiction Severity Index (ASI). Su objetivo es evaluar distintas áreas del funcionamiento del sujeto y establecer las necesidades de tratamiento detectadas en cada una de ellas. En su versión original (Kaminer et al., 1991), el T-ASI está constituido por 154 ítems que exploran 7 dimensiones:

1. Abuso de sustancias (23 ítems).
2. Rendimiento académico (20 ítems).
3. Situación laboral (34 ítems).
4. Relaciones familiares (21 ítems).
5. Relaciones sociales y con iguales (18 ítems).
6. Situación legal (16 ítems).
7. Estado psiquiátrico (22 ítems).

Su administración precisa de 20-45 minutos, debiendo ser administrada por un profesional de salud mental o, cuando menos, un experto entrenado previamente en este instrumento. Para su corrección, de acuerdo con el criterio clínico del entrevistador y la impresión subjetiva del paciente, se mide la severidad de los problemas en cada dominio y se puntúa en una escala de 0 a 4 puntos (ausencia del problema: tratamiento no indicado / problema extremo: tratamiento absolutamente necesario).

En su adaptación española (Díaz et al., 2008), el T-ASI incluye 142 ítems y presenta una excelente validez en su escala de abuso de sustancias. La puntuación obtenida en esta dimensión se correlaciona directamente con el consumo de cualquier tipo de sustancia ($Rho = 0,90$) así como con los problemas generados ($Rho = 0,69$). Todas las escalas, a excepción de la correspondiente al estado psiquiátrico, presentan una adecuada validez concurrente con el Children's Behavior Checklist (conductas externalizantes: delincuencia y agresividad), permitiendo discriminar entre adolescentes con y sin un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias.

Recientemente se ha publicado la segunda versión del Teen Addiction Severity Index, el T-ASI-2 (Brodey et al., 2008). Este nuevo instrumento extiende la evaluación a 18 áreas, con módulos específicos sobre el consumo de distintas sustancias y otros

aspectos de nueva incorporación como la utilización de servicios psiquiátricos, la satisfacción con el tratamiento, el consumo de sustancias por familiares, trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, hiperactividad y déficit de atención e hiperactividad, conductas desafiantes y de riesgo) o la disposición al cambio. La prueba aún no ha sido ni traducida ni validada en población española.

4.2.3. Cuestionarios multiescala

Son instrumentos que, aun cumpliendo con los objetivos de evaluación integral que caracteriza a este grupo, precisan de menos tiempo para su administración, entre 20 y 60 minutos, al tratarse de cuestionarios autoadministrados. El cuestionario que destaca sobre los demás por su robustez es el PEI, *"Inventario de Experiencias Personales"* (Winters y Henly, 1988a). Otros cuestionarios que han demostrado su fiabilidad y validez son el CPQ - A, *"Cuestionario de Evaluación de los Problemas del Cannabis en Adolescentes"* (Martin, Copeland, Gilmour y Gates, 2006), la escala AUDIT, *"Test de Identificación del Abuso de Alcohol"* (Barbor, De la Fuente y Saunders, 1992) y el test CUDIT, *"Test de Identificación del Abuso de Cannabis"* (Adamson y Sellman, 2003)

a) PEI, Personal Experience Inventory (Winters y Henly, 1988a)

El PEI es un cuestionario autoadministrado de 276 ítems diseñado para la detección de la necesidad de tratamiento en adolescentes para el consumo de drogas, con una extensa utilización en los Estados Unidos. Junto al PESQ, Personal Experience Screening Questionnaire, y la ADI, Adolescent Diagnostic Interview, forma parte del sistema de evaluación MCDAAP, Minnesota Chemical Dependency Adolescent Assessment Package (Winters y Henly, 1988b).

Este cuestionario se compone de dos partes: una primera dirigida a evaluar la gravedad de la adicción y, la segunda, en la que se valoran distintos factores de riesgo personales. En la primera parte se analizan 10 áreas relacionadas con el consumo de sustancias así como distintas variables del consumo de sustancias, como la edad de inicio, motivos, intensidad y duración. Los factores de riesgo personales incluyen el consumo de sustancias por parte de los familiares, abuso sexual, maltrato físico, trastornos de la alimentación o las necesidades de tratamiento psiquiátrico. Estas áreas se complementan con cuatro ítems destinados a detectar la sinceridad del sujeto al contestar el cuestionario.

El PEI presenta una elevada consistencia interna, con un coeficiente α de Cronbach de 0,89 (0,70 a 0,97) para las diez escalas clínicas, de 0,81 para las de riesgo psicosocial (0,66 a 0,91) y de 0,68 para las cuatro respuestas de sinceridad. Su estabilidad temporal es sensiblemente alta, con un coeficiente de correlación en el rango 0,86 a 0,89, en un periodo de un año (Stinchfield y Winters, 1997). Se realizó una traducción al español de esta prueba por Pérez, García y Vicente (2009), no habiendo sido validada aún en población española.

b) CPQ - A, Adolescent Cannabis Problems Questionnaire (Martin Copeland, Gilmour y Gates, 2006)

La prueba CPQ-A Se trata de una adaptación, en población adolescente, del CPQ, Cannabis Problems Questionnaire (Copeland, Gilmour, Gates y Swift, 2005) y hace referencia al consumo en los últimos tres meses. El CPQ-A es un cuestionario autoadministrado de respuestas dicotómicas (Sí/No), constituido por un total de 54 ítems, si bien solo 27 corresponden al cuestionario básico y los restantes se incluyen en cuatro módulos adicionales, aplicables estos últimos en el supuesto de que el sujeto cumpla con las condiciones de cada uno de ellos:

- Convivir con padres o tutores (5 ítems complementarios).
- Tener amigos de forma estable (5 ítems).
- Estar escolarizado o realizar algún tipo de formación (8 ítems).
- Trabajar, bien sea a tiempo parcial o jornada completa (9 ítems).

El cuestionario básico del CPQ-A se compone de tres factores o subescalas: consecuencias psicosociales, consecuencias físicas, y efectos agudos del consumo. Esta estructura factorial explica el 63,4% de la varianza. Las tres subescalas presentan una consistencia interna de KR-20 = 0,88 - 0,72 y la fiabilidad test-retest, evaluada en un rango de 5-14 días, es de $r = 0,91$.

Aunque el CPQ-A no está diseñado como instrumento de diagnóstico sino como medida de los problemas asociados al consumo de cannabis, su validez con relación a los criterios DSM-IV es elevada, con una sensibilidad del 78% y especificidad del 90%, para el diagnóstico de dependencia, y del 53% y 93%, respectivamente, como indicador de consumo diario. Igualmente presenta una alta correlación con el número de criterios DSM-IV para el diagnóstico de dependencia ($r = 0,80$), la frecuencia de consumo en los últimos tres meses ($r = 0,59$) y la puntuación obtenida en la Severity of Dependence

Scale ($r = 0,74$). En un reciente estudio Fernández-Artamendi (2012) adaptó la prueba y contrastó su fiabilidad y la validez en población española.

c) AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test (Barbor, De la Fuente y Saunders, 1992)

El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (Babor et al., 1992) como instrumento de cribado para el consumo de riesgo y la dependencia al alcohol. Posteriormente ha sido validado en España (Rubio, Bermejo y Caballero, 1998). Está diseñado inicialmente para su aplicación en el ámbito de Atención Primaria y es el primer instrumento de detección basado en un estudio multinacional y transcultural. Puede ser utilizado en adolescentes, aun que su aplicación en adultos esta también muy extendida.

El AUDIT Consta de 10 ítems seleccionados con base a su reproductibilidad y correlación con el consumo de alcohol. Es un cuestionario autoadministrado y solo precisa de 2-4 minutos para su aplicación. El AUDIT es uno de los cuestionarios más frecuentemente utilizados para el screening del consumo problemático y la dependencia al alcohol.

Los ítems 1-8 puntúan en el rango 0-4 puntos; en los ítems 9 y 10 solo existen tres opciones de respuesta: 0 (No); 2 (Sí, pero no el último año) o 4 (Sí, en el último año). La puntuación total del AUDIT se obtiene mediante la suma de las respuestas a los 10 ítems que componen el cuestionario (rango: 0- 40 puntos). Dependiendo de que se pretenda detectar, desde un consumo de riesgo hasta una dependencia al alcohol, se utilizan distintos puntos de corte y se observan diferentes resultados de validez según la muestra utilizada. Un punto de corte > 8 es el más utilizado en población general. Con este criterio y para detectar dependencia actual al alcohol, el AUDIT registra una sensibilidad del 78% para y una especificidad del 92% (Rumpf, Hapke, Meyer y John, 2002), si bien existe un amplio espectro de resultados. Para la detección de dependencia actual la sensibilidad oscila entre 66-71% y la especificidad entre 55-86% (Maisto y Saitz, 2003).

En la validación española, para la detección del consumo excesivo y con un punto de corte > 8 se obtuvo una sensibilidad y especificidad del 90%, en ambos casos, y una consistencia interna de $\alpha = 0,86$, en pacientes de Atención Primaria. En el caso de mujeres, para la detección de consumo excesivo, se aconseja un punto de corte > 6 ,

aspecto en el que coincide un reciente estudio en muestra femenina española (Pérula de Torres, 2005), en el que se registró una sensibilidad de 89,6% y especificidad de 95,1%.

El AUDIT permite diferenciar distintas categorías de riesgo. En su validación española se distinguieron los siguientes puntos de corte:

	Hombres	Mujeres
- Sin problemas relacionados con el alcohol	0 – 7	0 – 5
- Consumo de riesgo	8 – 12	6 – 12
- Posible dependencia al alcohol	13 – 40	13 - 40

En su validación española, el AUDIT registró una consistencia interna de $\alpha = 0,86$. Igualmente presenta una excelente fiabilidad test-retest ($r = 0,96$, a 1 semana, $r = 0,88$, a 6 semanas), según el estudio original de los autores.

En referencia a las características psicométricas de esta prueba en la población adolescente, Con un punto de corte mayor o igual a 2, el AUDIT presenta una elevada sensibilidad (88%) y especificidad (81%) para detectar el abuso o dependencia al alcohol en población adolescente (Knight et al., 2003).

d) CUDIT, Cannabis Use Disorders Identification Test (Adamson y Sellman, 2003)

El CUDIT es un cuestionario autoadministrado utilizado como instrumento de screening del abuso y dependencia al cannabis, compuesto por 10 ítems y con cinco respuestas tipo Likert (0-4). Es una prueba que se puede aplicar tanto a población adolescente como a población adulta. Se trata de una adaptación del AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test, en la que se ha modificado la sustancia (cannabis) y el tiempo de evaluación de los síntomas, siendo éste de seis meses en vez del período de doce al que hace referencia el AUDIT.

Adamson y Sellman (2003) realizaron la validación del CUDIT en una muestra de 115 sujetos dependientes al alcohol, de los que 53 (46,1%) habían consumido cannabis en los seis meses anteriores, con una media de edad de 31 años (rango: 15-52). En el estudio, el CUDIT demostró ser una prueba sensible y específica para la detección de consumos problemáticos de cannabis (abuso o dependencia). El CUDIT presenta una buena consistencia interna ($\alpha = 0,84$). En la validación del cuestionario, los autores

registraron como mejor punto de corte una puntuación total > 8 con sensibilidad = 73,3%, especificidad = 94,7%.

Recientemente ha sido confirmada la utilidad de la prueba CUDIT para detectar el abuso o dependencia al cannabis en una extensa muestra ($n = 5.025$) de adolescentes y jóvenes adultos (Annaheim, Rehm y Gmel, 2008). Del mismo modo se realizó una traducción al español de esta prueba por Pérez, García y Vicente (2009).

4.3. Instrumentos para la valoración de las expectativas

Esta categoría incluye todas aquellas pruebas diseñadas para analizar las creencias, actitudes y expectativas de los adolescentes respecto al consumo de sustancias. Suelen tratarse de cuestionarios autoadministrados, encontrándose dos pruebas de referencia, una evalúa las expectativas del consumo de alcohol, como la AEQ-A, "*Cuestionario sobre las Expectativas del Alcohol para Adolescentes*" (Brown, Christiansen y Goldman 1987a) y otras evalúan las expectativas generadas para el consumo de marihuana, como la MEEQ-B, "*Cuestionario de Expectativas de los Efectos de la Marihuana*". (Torrealday, Stein y Barnett, 2008).

a) AEQ-A, Alcohol Expectancy Questionnaire - Adolescent Form (Brown, Christiansen y Goldman, 1987a)

El AEQ-A es una prueba derivada de la versión para adultos del mismo cuestionario, AEQ, Alcohol Expectancy Questionnaire (Brown, Christiansen y Goldman 1987b). El AEQ-A es un cuestionario que evalúa las expectativas del sujeto ante el consumo de alcohol. Su utilidad a nivel clínico y preventivo se sustenta en las teorías interaccionistas que postulan que las expectativas son el núcleo de proceso adictivo y de su mantenimiento. En esta línea, el AEQ-A permite detectar situaciones de riesgo y cuantificar su intensidad. Un aspecto relevante de este instrumento es el hecho de incluir expectativas negativas del consumo, circunstancia que no es habitual en este tipo de instrumentos.

El AEQ-A está constituido por 90 ítems de respuesta dicotómica (Sí/No), siendo un cuestionario autoadministrado que requiere poco tiempo para su administración (15-20 minutos). En la actualidad el AEQ-A es el instrumento de evaluación de expectativas de consumo más utilizado y ha demostrada una contrastada validez transcultural.

El análisis factorial del AEQ-A revela la existencia de siete subescalas:

1. Cambios globales positivos (15 ítems).
2. Modificaciones en el comportamiento social (17 ítems).
3. Mejora de las capacidades cognitivas y motoras (10 ítems).
4. Mejora del funcionamiento sexual (7 ítems).
5. Afectación cognitiva y conductual (24 ítems).
6. Activación (4 ítems).
7. Relajación y reducción de la tensión (13 ítems).

Brown, Christiansen y Goldman (1987a) analizaron las propiedades psicométricas del AEQ-A, evidenciando su validez discriminante entre la población general adolescente y aquellos que eran abusadores de alcohol. La consistencia interna de esta prueba es moderada ($\alpha = 0,72$), con un rango, según la subescala, de $\alpha = 0,47 - 0,82$, siendo la subescala de Activación la única que registra un coeficiente α de Cronbach inferior a 0,7 (Christiansen y Goldman, 1983). En población general adolescente, la fiabilidad test-retest de las subescalas del AEQ-A, en un periodo de 8 semanas, es igualmente moderada ($r = 0.39 - 0.61$).

Se ha realizado una traducción al español de esta prueba por parte de Pérez, García y Vicente (2009) incluida en su manual de evaluación. Del mismo modo, un reciente estudio (Pilatti, Godoy y Brussino, 2010) realizó una adaptación de la prueba al castellano y midió sus índices de fiabilidad y validez en población argentina. Dicho estudio, para analizar la consistencia interna del instrumento, calculó el coeficiente alfa de Cronbach para la prueba global y para cada una de las escalas. El cuestionario, en conjunto global, obtuvo una puntuación $\alpha = 0,92$ y cinco escalas presentaron muy buenos valores de fiabilidad, riesgo y agresividad $=,89$, deterioro cognitivo y conductual $=,87$, sociabilidad $=,86$, sexualidad $=,85$ y percepción de estados negativos $=,85$. Una única escala, relajación, presentó valores moderados pero adecuados de fiabilidad, $\alpha = 0,72$.

b) MEEQ-B, Marijuana Effect Expectancy Questionnaire Brief (Torrealday, Stein y Barnett, 2008)

Se trata de un cuestionario autoadministrado diseñado para evaluar las expectativas de los adolescentes respecto al consumo de marihuana. Esta prueba evalúa seis áreas en cuanto a las expectativas de consumo:

- Afección cognitiva.
- Relajación y reducción de tensión.
- Facilitación social y sexual.
- Mejora cognitiva y de percepción.
- Efectos negativos globales.
- Craving de efectos físicos.

Cada uno de los seis ítems del MEEQ-B se puntúan sobre una escala tipo Likert de 1 a 5 puntos (1 = "muy en desacuerdo"; 5 = "muy de acuerdo"). Cuanto mayor sea la puntuación en cada ítem, mayores serán las expectativas medidas por cada uno de ellos. La versión original está disponible en el artículo de Torrealday, Stein y Barnett (2008), habiéndose realizado una traducción al español de esta prueba por Pérez, García y Vicente (2009), aun que la prueba aún no ha sido validada en población española.

4.4. Instrumentos de evaluación de la percepción de problema y de la disponibilidad al cambio

Este grupo de escalas, aún escasos en su divulgación, evalúa la motivación del adolescente para modificar su conducta, valorando la percepción de los problemas asociados al consumo de sustancias. Entre las pruebas que son más significativas se encuentran el PRQ, *Problem Recognition Questionnaire* (Cady, Winters y Jordan, 1996) y el RTCQ, *Readiness to Change Questionnaire* (Heather y Gold, 1991)

a) PRQ, Problem Recognition Questionnaire (Candy, Winters y Jordan, 1996)

El PRQ es un cuestionario autoadministrado de 25 ítems diseñado para evaluar la disponibilidad de los adolescentes a recibir tratamiento ante un trastorno por uso de sustancias. Permite valorar la predisposición al cambio en ambientes clínicos.

En su validación por arte de Cady et al., (1996) el PRQ fue administrado a una muestra de 134 adolescentes admitidos a tratamiento en recursos ambulatorios y residenciales. Su consistencia interna fue elevada ($\alpha = 0,91$) y el análisis factorial extrajo tres factores coincidentes con los estadios del cambio propuestos por Prochaska y DiClemente (1998). Del estudio de Cady et al., (1996) también se concluyó que las puntuaciones elevadas del PRQ, las cuales indican un alto nivel de motivación al cambio en el pre-tratamiento, correlacionaron positivamente con una mejor evolución

en el tratamiento a los seis meses de haberse iniciado éste, demostrando la utilidad del cuestionario como un instrumento pronóstico fiable en población adolescente.

El Problem Recognition Questionnaire es un instrumento de dominio público. Los autores permiten su aplicación y reproducción sin coste alguno. Se ha realizado una traducción al español de esta prueba por parte de Pérez et al., (2009) incluida en su manual de evaluación.

b) RTCQ, Readiness to Change Questionnaire (Heather y Gold, 1991)

El RTCQ es un cuestionario autoadministrado de 12 ítems, basado en el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente (1998). El RTCQ es un cuestionario que se puede aplicar tanto a población adolescente como a población adulta. Aunque fue inicialmente diseñado para asignar a los consumidores excesivos de alcohol a alguno de los tres estadios básicos (precontemplación, contemplación o acción), su utilización se ha extendido a todo tipo de adicciones a sustancias. Es particularmente útil en la detección de aquellas personas con baja conciencia de problema por el consumo de sustancias, precisando solo de 2-3 minutos para su administración.

Cada pregunta se puntúa de la siguiente forma: (“Muy en desacuerdo” = -2; “En desacuerdo” = -1; “Indeciso” = 0; “De acuerdo” = 1; “Muy de acuerdo” = 2). La puntuación de cada escala se obtiene mediante la suma de la correspondiente a cada uno de sus cuatro ítems. En el caso de la escala de pre-contemplación, la puntuación final es la inversa a la obtenida en la corrección inicial (se positiviza en el caso de ser negativa y viceversa). La escala con mayor puntuación positiva indicará el estadio en el que se encuentra el sujeto evaluado. Si dos escalas obtienen la misma puntuación, se considerará que el sujeto se encuentra en la más adelantada en el proceso de cambio.

Cada una de las tres escalas del RTCQ está constituida por cuatro ítems, registrando una adecuada consistencia interna (precontemplación: $\alpha = 0,73$; contemplación: $\alpha = 0,80$; acción: $\alpha = 0,85$). La fiabilidad temporal también es elevada, con un coeficiente de correlación test-retest de $r = 0,78 - 0,86$. El análisis factorial de este cuestionario confirma su estructura de tres escalas, con un modelo que justifica el 68.6% de la varianza (Rollnick, Heather, Gold y Hall, 1992).

El RTCQ ha sido adaptado y validado en muestra española por Rodríguez-Martos, Rubio, Auba, Santo-Domingo, Torralba y Campillo (2000), presentando

características psicométricas más débiles ($\alpha = 0,58 - 0,80$; test-retest a 2 días: $r = 0,81 - 0,87$; varianza explicada con tres factores: 57,4%).

4.5. Instrumentos para la planificación del tratamiento

Algunos de los instrumentos de las anteriores categorías permiten detectar necesidades específicas de intervención y establecer objetivos y estrategias terapéuticas concretas. Esta propiedad va a convertir a estos instrumentos en herramientas útiles a la hora de poder establecer protocolos de intervención con adolescentes en conflicto social, ya que su uso funciona como una guía útil y estandarizada para la evaluación de los casos y la posterior formulación del protocolo de intervención. Las entrevistas que destacan por su calidad son la ADI, Adolescent Diagnostic Interview (Winters y Henly, 1993) y la CASI-A, Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents (Meyers et al., 1995), siendo la escala de referencia en este campo la PEI, Personal Experience Inventory (Winters y Henly 1988). Pero sobre todas las pruebas de este tipo destaca el T-ASI, Teen Adicction Severity Index (Kaminer et al., 1991), ya que dicha entrevista ha sido recientemente adaptada y validada en España (Díaz et al., 2008).

4.6. Evaluación de los programas de intervención

El presente apartado se realizará una breve descripción de la metodología utilizada en la investigación para demostrar la utilidad de los programas de intervención en el tratamiento del uso y abuso de drogas en adolescentes. Antes de continuar, se ha de decir que los beneficios de los tratamientos terapéutico-educativos no se plantean como una cuestión dicotómica de todo a nada; no suelen tener como resultado a un grupo de personas curadas y a otro grupo de no curadas. Lo que se pone de manifiesto tras diferentes evaluaciones es que las personas tratadas mejoran en una cuestión de grado, se recuperan mejor en unas áreas que en otras y, ciertamente, estas mejoras, muchas veces son avances difícilmente medibles para la sociedad.

De igual forma debemos aclarar algunos conceptos, en ocasiones confusos, que facilitarán la lectura. La *eficacia* se define como el grado de consecución de los objetivos o, dicho de otro modo, la capacidad del programa para alcanzar el resultado pretendido. La *eficiencia* pone en relación los costes del programa con los resultados obtenidos. Y por último, la *efectividad* relaciona los recursos con los resultados, es

decir, nos dice cuántos recursos hemos necesitado para conseguir esos resultados (Silva, 1994).

La evaluación de la eficacia de un programa de tratamiento para personas con problemas con el abuso de drogas exige claridad. En primer lugar, se nos hace imprescindible definir y acotar de forma precisa qué es lo que hay que evaluar en un programa terapéutico-educativo y, una vez sentado esto, se emprenderá el camino para abordar dicha evaluación.

En cuanto a los resultados, estos pueden ser variados. La evaluación no es algo neutral o aséptico, y es de recibo que tras el análisis se establezcan mejoras y se intensifiquen determinados ajustes sobre los programas puestos en marcha. La evaluación, por ejemplo, puede ofrecernos datos sobre cómo mejorar el tratamiento en alguna de sus etapas, puede servir para invertir más o menos esfuerzos; incluso, dependiendo de los resultados obtenidos, ajustar la intervención de una forma más racional y redistribuir no sólo las técnicas de intervención sino las infraestructuras y materiales.

En otro orden de cosas, se pueden diferenciar varias líneas de investigación en función del modelo experimental seleccionado para el estudio. En primer lugar encontramos los estudios de seguimiento y en segundo, los estudios de valoración.

Los estudios de seguimiento (follow-up studies), como su nombre indica, son estudios donde es prioritario el seguimiento de los usuarios. Se debe identificar la situación de un grupo de pacientes y posteriormente ver su evolución. Después se pondrán de manifiesto las diferencias encontradas entre la primera medición, que se toma en algún momento del tratamiento y la segunda, que se recoge un tiempo después de haber realizado el tratamiento. En estos casos no hay un grupo control o de comparación, así que se pueden establecer comparaciones, pero no se puede saber si a los usuarios que no realizaron el tratamiento les ha ido mejor.

Otra línea de evaluación, más común, es la *evaluación de los programas*. Dentro de ellos podemos diferenciar a su vez dos grandes variantes: en primer lugar se pueden simplemente comparar programas de tratamiento para drogodependientes, y así contrastar la eficacia de cada uno; en este caso es recomendable que la evaluación sea externa, independiente del centro evaluado, con lo cual se ganará en objetividad. Uno de los mayores problemas de este tipo de evaluaciones es encontrar dos programas que sean iguales, con idénticos objetivos y que trabajen con unas mismas problemáticas. En cuanto a los estudios de evaluación *cuasi-experimentales*. A continuación se expondrán

exclusivamente este tipo de estudios. A partir de los años setenta comienzan a realizarse estudios de valoración considerados *cuasi-experimentales*; lo importante en ellos es determinar si tratarse terapéuticamente es mejor que no tratarse y, para esto, se evalúa al paciente antes y después del tratamiento; pero además, en este caso, se utiliza un grupo control o de comparación, (este grupo control o de comparación lo conforman las personas que abandonan el programa en la fase de acogida o admisión).

Podemos analizar los resultados esperados de un tratamiento utilizando ensayos clínicos controlados, es decir, para este tipo de análisis se debe seleccionar un grupo de pacientes con numerosos requisitos que serán los beneficiarios del tratamiento, y otro grupo que no serán beneficiarios del tratamiento. Como es de suponer, valorar la eficacia es el objetivo fundamental y, para conseguir esto, como se ha descrito, son determinantes aspectos como obtener información adecuada del paciente cuando éste inicia el tratamiento. Se precisa información de todo tipo, laboral, legal, familiar, etc. Después, toda esa información que tenemos de los pacientes, que sí han recibido el tratamiento, se podrá comparar con el grupo que no ha recibido ningún tipo de tratamiento, es decir, con el grupo de personas con problemas de drogodependencias que no han recibido ayuda ninguna, pero que también han sido evaluados en la primera fase del programa (acogida o admisión). Ciertamente, aunque realizar la segunda evaluación del paciente al final del tratamiento sea lo más conveniente, sin embargo no es requisito *sine qua non*. Con esto se quiere añadir que se pueden realizar diferentes puntos de corte, esto es, se puede realizar una evaluación al principio, otra a medio tratamiento y otra al final. Sea como fuere, se pueden tomar diferentes puntos temporales, o incluso se pueden aprovechar las diferentes fases del tratamiento si las hubiere.

Desde otro ángulo, otro punto central es describir cómo es el Centro, detallar lo mejor posible el programa de tratamiento asistencial, pormenorizar sus técnicas, explicitar cuántas sesiones de terapia se realizan a la semana, cuántos grupos se llevan a cabo, tener en cuenta si se trabaja con la familia o no, todo ello para después poder comparar los distintos tipos de programas. Esta forma de evaluar requiere también definir claramente los objetivos del programa, con lo cual se maximiza la validez interna.

Como punto y final del presente apartado se puede concluir que existen herramientas útiles tanto para la evaluación de los cambios de cada paciente dentro una terapia concreta como para la evaluación de la eficacia de los programas de intervención. A pesar de que existen valiosas herramientas de evaluación no todas ellas han sido traducidas y adaptadas a la población española. La evaluación clínica ha demostrado ser una herramienta eficaz para demostrar la efectividad de la intervención, habiéndose desarrollado en los últimos años instrumentos de medida sensibles al cambio que se da entre el inicio del tratamiento y el final del mismo.

Capítulo 5

Intervenciones específicas sobre el consumo de drogas en adolescentes

5.1. Programas de prevención

Las intervenciones realizadas durante las últimas dos décadas en la investigación del ámbito que a estudio en la presente tesis doctoral han tratado de determinar cómo comienza y se consolida el abuso de las drogas durante la adolescencia. Hay muchos factores, como se ha descrito en puntos anteriores de la presente trabajo, que pueden aumentar el riesgo de un adolescente para el consumo de drogas. Los factores de riesgo pueden aumentar las posibilidades de que una persona abuse de las drogas mientras que los factores de protección pueden disminuir este riesgo. Es importante resaltar que la mayoría de las personas que tienen un factor de riesgo para el abuso de drogas no comienzan a usarlas ni se hacen adictos.

Los factores de riesgo y de protección pueden afectar a los adolescentes durante diferentes etapas de su vida. En cada etapa se presentan diferentes factores de riesgos que se pueden combatir a través de una intervención preventiva. Se puede prevenir los factores de riesgos en los años preescolares, tales como una conducta agresiva, con intervenciones familiares, escolares, y sociales dirigidas a ayudar a que los niños desarrollen conductas prosociales adecuadas a su entorno. Si no son tratados los comportamientos negativos pueden conducir nuevos y más potentes factores de riesgo, tales como el fracaso académico o el absentismo escolar, que aumentan el riesgo de los adolescentes ante el abuso de drogas. Por todo ello minimizar los factores de riesgo y potenciar la aparición de los factores de protección en la vida cotidiana de los adolescentes son los principales objetivos de los programas de prevención.

El National Institute on Drug Abuse (2003) clasifica los programas de prevención según la población a la que están destinados. De este modo realiza una diferenciación entre tres tipos de programas de prevención, la prevención realizada en los programas universales, la prevención realizada en los programas selectivos y la prevención realizada en los programas indicados. Los programas universales están diseñados para la población en general, por ejemplo, para todos los estudiantes en una escuela. Los programas selectivos se dirigen a grupos en riesgo o subsectores de la población en general, como los estudiantes con bajo rendimiento escolar o los hijos de abusadores de drogas. Los programas indicados están diseñados para las personas que ya experimentan con drogas.

El National Institute Drug Abuse (2011) realizó una revisión de los principales principios que han de cumplir los programas preventivos para ser eficaces. En este

estudio se enumeran 16 principios de prevención basados en la investigación de los últimos años. Estos principios se diseñaron para ayudar a los profesionales en el campo de la prevención a usar los resultados de las investigaciones sobre la prevención con el fin de afrontar el problema del consumo de drogas en los adolescentes de una manera más eficaz. A continuación se van a enumerar los 16 principios básicos de los programas preventivos:

Principio 1—Los programas de prevención deben intensificar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo (Hawkins, Catalano y Arthur, 2002).

- El riesgo de convertirse en un toxicómano involucra una relación entre el número y el tipo de los factores de riesgo (por ejemplo, las actitudes y los comportamientos antisociales) y el número y el tipo de los factores de protección (por ejemplo, el apoyo de los padres) (Wills y Hirky, 1996).
- El impacto potencial de los factores específicos de riesgo y de protección cambia con la edad. Por ejemplo, los factores de riesgo dentro de la familia tienen mayor impacto en un niño más joven, mientras que la relación con compañeros que abusan de las drogas puede ser un factor de riesgo más importante para un adolescente (Dishion, McCord y Poulin, 1999; Gerstein y Green, 1993).
- Una intervención temprana en los factores de riesgo (por ejemplo, en la conducta agresiva o falta de autocontrol) a menudo tiene un mayor impacto que una intervención tardía, ya que cambia la trayectoria de la vida del niño alejándolo de los problemas y dirigiéndole hacia las conductas positivas (Hawkins, Kosterman, Catalano, Hill y Abbott, 2008; Ialongo, Poduska, Werthamer y Kellam, 2001).
- Aunque los factores de riesgo y de protección pueden afectar a personas de todos los grupos, es posible que estos factores tengan un efecto diferente dependiendo de la edad, sexo, raza, cultura y entorno de cada persona (Beauvais, Chavez, Oetting, Deffenbacher, y Cornell, 1996; Moon, Hecht, Jackson, y Spellers, 1999).

Principio 2—Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas de abuso de drogas, por separado o en conjunto, incluyendo el consumo de drogas legales (por ejemplo, el tabaco o el alcohol); el uso de drogas ilegales (como la marihuana o la heroína); y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (por ejemplo, los inhalantes) o de medicamentos, sean con o sin prescripción médica (Johnston, O'Malley y Bachman, 2002).

Principio 3—Los programas de prevención deben estar dirigidos al tipo de problema de abuso de drogas en el entorno del adolescente, enfatizando los factores de riesgo que se pueden modificar y fortaleciendo los factores de protección que se conocen (Hawkins et al., 2002).

Principio 4—Los programas de prevención deben ser diseñados para tratar los riesgos específicos de la población, según la edad, el sexo y la cultura, para aumentar así la eficacia del programa (Brody, Kogan, Chen y Murry, 2008; Fisher, Stoolmiller, Gunnar y Burraston, 2007; Oetting, Edwards, Kelly, y Beauvais, 1997; Olds et al., 1998).

Principio 5—Los programas de prevención para las familias deben mejorar la compenetración y las relaciones familiares e incluir capacitación en las habilidades necesarias para la buena crianza de los hijos. Del mismo modo han de incluir ejercicios prácticos para desarrollar, discutir y reforzar la postura familiar ante el abuso de sustancias, además de proporcionar información sobre las drogas (Ashery, Robertson y Kumpfer, 1998).

- La compenetración familiar constituye el cimiento de la relación entre los padres y los hijos. Estos lazos se pueden fortalecer a través de una capacitación para mejorar la capacidad de los padres para apoyar a sus hijos, la comunicación entre padres e hijos y la implicación de los padres con la situación personal de sus hijos (Kosterman, Hawkins, Spoth, Haggerty y Zhu, 1997; Spoth, Redmond, Shin, y Azevedo, 2004).
- La supervisión de los padres en las actividades de sus hijos es esenciales para prevenir el abuso de drogas. Se pueden mejorar estas habilidades capacitando a los padres para que aprendan cómo establecer reglas, técnicas para el monitoreo de las actividades de sus hijos, cómo reforzar a los hijos por la emisión de

conductas apropiadas, y el uso de disciplina moderada y consistente para hacer respetar las reglas de la familia (Kosterman, Hawkins, Haggerty, Spoth y Redmond, 2001).

- La educación y la información sobre las drogas para los padres o los cuidadores refuerzan lo que los adolescentes están aprendiendo sobre los efectos dañinos de las drogas y brindan la oportunidad para la discusión familiar sobre el abuso de sustancias legales e ilegales (Bauman et al., 2001).
- Las intervenciones cortas enfocadas en la familia y dirigidas a la población en general pueden cambiar de manera positiva las conductas específicas de los padres, las que a su vez pueden reducir el riesgo futuro para el abuso de drogas de los hijos (Spoth, Redmond, Trudeau, y Shin, 2002a).

Principio 6—Los programas de prevención se pueden diseñar para realizar una intervención desde la pronta infancia para tratar factores de riesgo para el abuso de drogas tales como el comportamiento agresivo, la conducta social negativa y las dificultades académicas (Fisher et al., 2007; Olds et al., 1998; Webster-Stratton, 1998; Webster-Stratton, Reid y Hammond, 2001).

Principio 7—Los programas de prevención para los niños de la primaria se deben dirigir a mejorar el aprendizaje académico y socio-emocional para tratar los factores de riesgo para el abuso de drogas, como la agresión temprana, el fracaso académico y la deserción de los estudios. La educación debe enfocarse en las siguientes aptitudes (Beets et al., 2009; Conduct Problems Prevention Research Group, 2002; Ialongo et al., 2001; Kellam et al., 2008; Riggs, Greenberg, Kusche y Pentz, 2006);

- autocontrol
- conciencia emocional
- comunicación
- solución de los problemas sociales
- apoyo académico, especialmente en la lectura.

Principio 8—Los programas de prevención para los estudiantes de secundaria deben aumentar el desempeño académico y social con las siguientes aptitudes (Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin, y Diaz, 1995; Eisen, Zellman, y Murray, 2003; Ellickson,

McCaffrey, Ghosh-Dastidar y Longshore, 2003; Haggerty, Skinner, MacKenzie y Catalano, 2007; Scheier, Botvin, Diaz y Griffin, 1999):

- hábitos de estudio y apoyo académico
- comunicación
- relaciones con los compañeros
- autoeficacia y reafirmación personal
- técnicas para resistir al ofrecimiento de drogas
- refuerzo de las actitudes contrarias al consumo de drogas
- fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de las drogas.

Principio 9—Los programas de prevención dirigidos a las poblaciones en general en periodos críticos de transición, como el ingreso a la educación secundaria, pueden producir efectos beneficiosos aun entre las familias y los niños que tienen un alto riesgo. Este tipo de intervención no se dirige específicamente a las poblaciones en riesgo, por lo que reduce el estigma y promueve las relaciones beneficiosas con la escuela y el entorno (Botvin et al., 1995; Dishion, Kavanagh, Schneiger, Nelson y Kaufman, 2002; Institute of Medicine, 2009).

Principio 10—Los programas de prevención comunitarios que combinan dos o más programas eficaces, como los basados en las familias y los basados en las escuelas, pueden ser más eficaces que un solo programa individual (Battistich, Solomon, Watson y Schaps, 1997; Spoth et al., 2002a; Stormshak, Dishion, Light y Yasui, 2005).

Principio 11—Los programas de prevención comunitarios dirigidos a las poblaciones en varios entornos, por ejemplo, en las escuelas, los clubes, las organizaciones religiosas y los medios de comunicación, son más eficaces cuando se presentan a través de mensajes consistentes dirigidos a la comunidad entera en cada uno de estos entornos (Chou et al., 1998; Hawkins et al., 2009).

Principio 12—Cuando las comunidades adaptan los programas a sus necesidades, a sus normas comunitarias, o a sus requerimientos culturales específicos, deben mantener los elementos básicos de la intervención original con base científica (Hawkins et al., 2009; Spoth et al., 2002a). Estos incluyen:

- La estructura (cómo está organizado y compuesto el programa)
- El contenido (la información, las habilidades y las estrategias del programa)

- Introducción del programa (cómo se adapta, implementa y evalúa el programa).

Principio 13—Los programas de prevención deben ser implementados a largo plazo y con intervenciones repetidas, es decir programas de refuerzo, para fortalecer las metas originales de la prevención. Las investigaciones demuestran que los beneficios de los programas de prevención en la educación secundaria disminuyen si no hay programas de seguimiento (Botvin et al., 1995; Scheier et al., 1999).

Principio 14—Los programas de prevención deben incluir capacitación para los profesores en el buen manejo de la clase e información sobre cómo recompensar al estudiante por su buena conducta. Estas técnicas ayudan a fomentar la conducta positiva, el rendimiento escolar, la motivación académica y la formación de lazos fuertes con la escuela (Ialongo et al., 2001; Kellam et al., 2008).

Principio 15—Los programas de prevención son más eficaces cuando emplean técnicas interactivas, como discusiones entre grupos de la misma edad y juegos donde los adolescentes desempeñan el papel de los padres, lo que permite una participación activa en el aprendizaje sobre el abuso de drogas y en el refuerzo de las habilidades (Botvin et al., 1995).

Principio 16—Los programas de prevención con bases científicas pueden ser costo-eficientes. Las investigaciones más recientes en Estados Unidos muestran que por cada dólar invertido en prevención se puede obtener un ahorro hasta de diez dólares en los tratamientos para el abuso del alcohol o de otras sustancias (Aos, Phipps, Barnoski y Lieb, 2001; Foster, Olchowski y Webster-Stratton, 2007; Hawkins et al., 1999; Jones, Foster y Group, 2008; Miller y Hendrie, 2009; Pentz, 1998; Spoth, Guyull, y Day, 2002b).

La situación de la prevención del consumo de drogas en España en población adolescente ha sido recientemente evaluada por el Informe Nacional 2013, del organismo ReitoX (2013). La prevención en España sigue teniendo un enfoque fundamentalmente centrado en la persona, y es desarrollada sobre todo mediante programas educativos dirigidos sobre todo al medio escolar (ReitoX, 2013). A continuación se realizará un desglose de las características de las diferentes

intervenciones en prevención a nivel nacional, dividiendo dichas intervenciones en prevención universal, selectiva e indicada.

Prevención universal

Dentro de la prevención universal se analizarán los datos de los programas realizados en ámbito escolar, familiar y comunitarios.

Prevención Escolar:

En todas las Comunidades Autónomas la prevención escolar se organiza en coordinación con las Consejerías de Educación, que realizan de manera conjunta la oferta de programas a los centros educativos (Reitox, 2013)

Según los datos de las Comunidades Autónomas, la actividad preventiva se reduce en 2011, tanto el número escolares que participan en programas o actividades, como el número de profesores formados para aplicar dichos programas. 1.296.106 alumnos participaron en programas estructurados, frente al 1.512.735 del año anterior. El número de profesores inmersos en programas de prevención desciende de 67.078 a 55.986, es decir, 11.000 profesores menos. Hay que tener en cuenta que estos datos no reflejan toda la actividad de prevención escolar, ya que solo incluye la información facilitada por los Planes Autonómicos de Drogas (Reitox, 2013).

En cuanto a los programas más aplicados en España, siempre según la información de los Planes Autonómicos de Drogas, continúan siendo los mismos que en años anteriores: El programa Prevenir para Vivir, (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 2003), con una cobertura de 138.000 escolares en 2011 (frente los 243.000 de 2010), en Forma Joven (Junta de Andalucía, 2007) con una cobertura de 231.000 jóvenes y el programa Órdago (Fundación Edex, 2000) con 56.000 participantes. Como afirma el Informe Nacional 2013 (Reitox, 2013) en España hay una gran multitud de programas preventivos que se aplican en la escuela, habiendo más de 100 modelos diferentes de programas. A pesar del gran esfuerzo que se está realizando para la correcta aplicación de los mismos muy pocos de ellos han sido evaluados (Reitox, 2013).

Prevención Familiar

Según información de los Planes Autonómicos de Drogas, durante 2011 han participado 131.332 padres y madres en programas de prevención familiar, que es la cifra más baja alcanzada en los últimos cinco años y que supone una importante reducción en el número de participantes en estos programas. Hay que tener en cuenta que hasta este año, la tendencia había sido ascendente y que en estos momentos se quiebra. Si la cobertura de programas familiares era baja hasta la fecha, ahora llega a unos niveles preocupantes porque, tal y como apunta la investigación, son los programas familiares los que mayor capacidad preventiva demuestran dentro del apartado de programas educativos (Reitox, 2013).

Prevención en la Comunidad, programas en lugares de ocio.

Según afirma el Informe Nacional 2013 (Reitox, 2013) el número de participantes en programas de ocio alternativo, sigue descendiendo. En 2011 han participado según las Comunidades Autónomas, 296.049 (404.692 en 2010) que supone unos 100.000 menos que el año anterior. Otro tipo de intervenciones en contextos de ocio son las desarrolladas en espacios de ocio nocturno. En este tipo de contextos las actuaciones dirigidas al sector de la hostelería es cada vez mayor. La mayoría son acciones de información, sensibilización y reducción de riesgos en estos contextos. Un ejemplo a resaltar es el de la Comunidad Autónoma Balear, en donde se ha creado la “Plataforma para un ocio de Calidad en las Illes Balears”. En Cataluña se continua con la difusión del el sello “Q de Calidad” en Salud dirigido a los locales de ocio que siguen las recomendaciones de la Subdirección General de Drogodependencias dirigidas a la creación de entornos saludables y seguros para sus clientes y en la misma línea se han creado plataformas locales participativas con los actores clave para la implementación de estrategias preventivas consensuadas y coordinadas. En Castilla y León se aplica el programa “Dispensación Responsable de bebidas alcohólicas” (DRA) (García, Durán y Larriba, 2005) que consiste en la realización de módulos breves de 3-4 horas de duración para la motivación de empresarios y de talleres de 4 a 8 horas de duración dirigidos a profesionales y estudiantes de hostelería para la dispensación responsable de bebidas alcohólicas. A todas estas acciones preventivas hay que añadir el Programa Nacional de Prevención de las Drogodependencias en el sector Hostelero del PNSD (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2013).

Prevención selectiva

Según afirma el Informe Nacional 2013 (Reitox, 2013) el número de menores en programas de prevención selectiva ha aumentado notablemente en 2011 pasando de 45.861 a 74.388 participantes. Es el único ámbito de la prevención en el que se observa un aumento de la cobertura. El perfil de población al que se dirigen estos programas sigue siendo el mismo: menores en barrios o situaciones sociales desfavorecidas, menores consumidores de drogas, menores pertenecientes a minorías étnicas y aquellos que están en centros específicos, educativos o residenciales. El tipo de intervención que se desarrolla es variable, algunos programas solo incluyen la simple información y sensibilización de estos menores, o la promoción de actividades de ocio saludables; mientras que otros profundizan más en el desarrollo de competencias y capacidades que reduzcan el riesgo y la vulnerabilidad (Reitox, 2013).

En multitud de comunidades autónomas se realizan intervenciones preventivas en cursos de PCPI y de garantía social. El programa más representativo a nivel nacional y que mayor peso tiene es el programa Galilei (Junta de Castilla y León, 2013), desarrollado por la Junta de Castilla y León y que se aplica en centros de Garantía Social. Otro colectivo atendido es el de los menores con infracciones por consumo de sustancias. Algunos ejemplos de programas que se dirigen a este colectivo son el Taller OH.com (Junta de Castilla y León, 2012) dirigido a menores infractores por consumo problemático de alcohol. La educación de calle es otra estrategia bastante frecuente un ejemplo es el Programa “Reciella” (Proyecto Hombre Asturias, 2012) de prevención indicada dirigido a menores de 14-18 años y jóvenes de 18 a 20 que realizan consumos incipientes o problemáticos de drogas (Reitox, 2013).

Por último, hay que señalar también los programas de prevención de los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas que se ponen en marcha en diversas Comunidades Autónomas, en muchos casos en colaboración con autoescuelas. Un buen ejemplo es el programa Cambio de Sentido (Lamas y González, 2012), en el que en 2011 participaron 9.865 jóvenes u nuevos conductores.

Prevención indicada

Según afirma el Informe Nacional 2013 (Reitox, 2013) solo una Comunidad Autónoma informa de este tipo de programas de manera específica, la Comunidad de Madrid. Madrid cuenta con un Servicio de Prevención Indicada para Menores

Consumidores, que incluye actividades de captación, valoración, plan de tratamiento individualizado, intervención grupal, intervención familiar y reeducación de daños a través de talleres, apoyo académico, acompañamiento en la búsqueda de empleo y actividades culturales y de ocio.

Como resumen de lo anteriormente citado se concluye que, en España en el año 2011, 1.296.106 escolares participaron en programas estructurados de prevención, 438.612 escolares participaron en actividades puntuales, 74.388 menores se encontraban en riesgo ante el abuso de consumo de drogas, 296.049 menores fueron participantes de programas de ocio alternativo, 131.332 familias participaron en programas de prevención y 55.986 profesores fueron formados para impartir programas de prevención de cualquier ámbito. Véase tabla 5.1.. Otra conclusión que se puede alcanzar tras el estudio del Informe Nacional 2013, Reitox (2013) es que, en 2011, la cobertura de la mayoría de los programas disminuyó respecto de años anteriores, excepto en el caso de programas selectivos dirigidos a menores en riesgo que mantiene la tendencia ascendente en los últimos años. Es especialmente significativo el descenso en el número de participantes en programas de ocio alternativo, que ha ido disminuyendo a lo largo de los años y del número de padres y madres en programas de prevención. Véase tabla 5.1.

Tabla 5.1. Número de participantes en programas de prevención 2008-2011

Año	2008	2009	2010	2011
- N° de escolares en programas Estructurados	1.602.821	1.394.755	1.512.735	1.296.106
- N° de escolares en actividades Puntuales	400.000	435.499	994.739	438.612
- N° de Profesores formados	30.180	68.043	67.078	55.986
- N° de Familiares	152.822	172.923	219.260	131.332
- N° de Menores en riesgo	41.489	37.352	45.861	74.388
- N° de Participantes en programas de ocio alternativo	565.650	495.857	404.692	296.049

Tabla adaptada de Informe Nacional 2013 (Reitox, 2013)

5.2. Programas de tratamiento

Los adolescentes con problemas de abuso y adicción a las drogas tienen necesidades de tratamiento particulares. Por esta razón se deben modificar los tratamientos diseñados y probados en población adulta, ya que se han de ajustar y adaptar a las necesidades específicas de la adolescencia, con el objetivo de que tengan la mayor eficacia posible. Existen varias líneas dentro de la investigación en este campo que han demostrado ser estrategias eficaces, como puedan ser la terapia familiar, la entrevista motivacional y la terapia cognitivo-conductual. Del mismo modo se ha de resaltar que, en el tratamiento del consumo de drogas en adolescentes, no es frecuente el uso de medicación psiquiátrica. El uso de la medicación psiquiátrica en el tratamiento del consumo de drogas en adolescentes tiene tan solo un campo en el que demuestra su eficacia, en el de la patología dual, donde el tratamiento de los trastornos psiquiátricos de manera eficaz a través del uso de la medicación reduce de manera significativa el consumo de drogas de los pacientes (Deas y Clark, 2009).

Durante el desarrollo del presente apartado se van a exponer las tres líneas de investigación que han mostrado ser más eficaces en el tratamiento del abuso y dependencia del consumo de drogas en la adolescencia, la terapia familiar, la terapia cognitivo-conductual y la entrevista motivacional, derivada de las teorías cognitivo-conductuales. Tras ello se realizará un estudio de la eficacia de los diferentes modelos de tratamiento en población adolescente, tanto infractora como no infractora.

5.2.1. Terapia cognitivo-conductual

En los últimos cincuenta años se han desarrollado marcos clínicos que permiten un manejo sistemático de los trastornos conductuales. La terapia del comportamiento (Irvin, Bowers, Dunn y Wang, 1999) y la terapia cognitiva (Gálvez y Guerrero, 2008) han dado lugar a un conjunto variado y flexible de procedimientos útiles y efectivos de evaluación y tratamiento. Estos dos tipos de tratamiento han dado lugar a la combinación cognitivo-conductual, que busca hacer más potente y comprensiva la intervención y los beneficios para el usuario.

A lo largo de este apartado se pretenden mostrar las características de los componentes clínicos esenciales que constituyen la base clínica de la terapia cognitivo-conductual, entre los cuales se encuentran los programas de prevención de recaídas y habilidades de afrontamiento, las atribuciones causales, la autoeficacia y las

expectativas de resultado. En el presente apartado vamos a desarrollar las técnicas de tratamiento fundamentadas en tres escuelas, la teoría conductual, la teoría cognitiva y la teoría cognitivo-social.

5.2.1.1. Teoría conductual

La teoría conductual supone que el uso de drogas se desarrolla y se mantiene, en buena parte, por principios de aprendizaje, como el condicionamiento clásico y el operante. Para este enfoque la conducta, más que estar determinada exclusivamente por factores genéticos, es el resultado de la adopción de patrones aprendidos a lo largo de la interacción del organismo con el ambiente, por lo que es posible cambiar los comportamientos y reaprender otros, empleando los mismos principios que explican su adquisición (Staddon, 2001). Una estrategia conductual del estudio de las adicciones se enfoca en la identificación de conductas observables y cuantificables en relación con acontecimientos del entorno, lo que se denomina un análisis funcional de la conducta. Con este análisis se pueden conocer, de manera precisa, detalles de la frecuencia e intensidad del consumo y las condiciones bajo las cuales ocurre (situaciones dónde, cuándo y con quién, pensamientos, estados de ánimo, sensaciones físicas, pistas condicionadas, impulsos de consumo, etc.).

Condicionamiento clásico

El condicionamiento clásico, o condicionamiento Pavloviano, es un principio de aprendizaje que se explica a partir de la existencia de dos tipos de reflejos: los incondicionados (los cuales son innatos), que están formados por un estímulo incondicionado (EI) y una respuesta incondicionada (RI) y los reflejos condicionados (los cuales son adquiridos), formados por un estímulo condicionado (EC) y una respuesta condicionada (RC). El condicionamiento clásico es útil para explicar la adquisición, el mantenimiento, el tratamiento y la recaída en las adicciones (Chance, 2001). De este modo, de acuerdo con los principios asociativos del condicionamiento clásico, (como intensidad del EI, frecuencia de apareamiento, contigüidad y contingencia), la RC a la droga aumenta, lo que hace que el deseo por la sustancia permanezca aún después de la abstinencia. Con frecuencia el RI se asocia de manera muy duradera y efectiva con otros estímulos presentes en el momento del consumo. Como resultado de esta asociación, los estímulos del contexto adquieren propiedades condicionadas (EC), dando lugar a RC. Las RC son parecidas a las RI del consumo y

suscitan un estado de inquietud o deseo por consumir. Por ejemplo, se ha observado que la persona con dependencia, al hablar sobre el consumo, experimenta inquietud y deseo por la sustancia. Un EC que es fácil de identificar en los usuarios de drogas es el ambiente donde se consume, como pueden ser las señales condicionadas asociadas o bien a la presencia de un amigo o grupo de amigos con los que se consume, o bien a estar en la situación donde se ha consumido con anterioridad (Oropeza, 2003).

Se han diseñado algunos tratamientos derivados del condicionamiento clásico para reducir el consumo de sustancias adictivas, los cuales se apoyan en técnicas puramente conductuales como el condicionamiento aversivo o la extinción de la conducta, como es el caso de la terapia de exposición a señales. La primera técnica, también conocida como contracondicionamiento, consiste en hacer menos atractiva la relación estímulo-respuesta como resultado de aparear un reflejo aversivo al consumo. Una variante del contracondicionamiento, que puede utilizarse para aumentar la efectividad del tratamiento, es la sensibilización encubierta (Cautela y Rosentiel, 1979). Esta técnica consiste en guiar imaginativamente una secuencia de eventos donde el usuario acostumbraba a consumir y aparear estos pensamientos a sensaciones desagradables, con la finalidad de inducir aversión por la sustancia (Rimmele, Howard y Hilfrink, 1995). Esta estrategia es utilizada para manejar el deseo por consumir o *craving*. La extinción, por su parte, representa otra manera de eliminar una conducta que fue adquirida a través de la asociación entre estímulos. La extinción se logra después de exponer en ocasiones repetidas el EC sin asociarlo al EI, hasta que pierda su valor condicionado (Klein, 1994). Los tratamientos para usuarios de drogas que emplean esta técnica exponen a los usuarios a la sustancia de su preferencia (por ejemplo, la cocaína), protegiéndolos del consumo para evitar que se establezca el reforzamiento y la repetición de esta práctica, de forma que se extinga la conducta de consumir. Se enseña al usuario a relacionar las consecuencias negativas del consumo con el deseo. De manera alternativa se enseña al usuario a superar los episodios de deseo, mediante relajación o imaginación guiada, rompiendo de esta manera la asociación condicionada al consumo.

Condicionamiento operante

El condicionamiento operante, o condicionamiento instrumental, es otro principio de aprendizaje que establece la adquisición de asociaciones entre conductas particulares y sus consecuencias. Las conductas que se aprenden por este medio

cambian en función de sus consecuencias, como puede ser: obtener una consecuencia agradable (refuerzo positivo), evitar una consecuencia aversiva (refuerzo negativo) o sufrir una consecuencia negativa (castigo). De esta manera, la clase de conducta que es seguida por un reforzador se fortalece, mientras que si es seguida por un castigo, se debilita (Skinner, 1953).

Se han desarrollado varias técnicas a partir del condicionamiento operante, útiles en tratamientos para usuarios de drogas. Una de ellas es el manejo de contingencias, donde se refuerza la conducta de no consumir y mantener la abstinencia, a través de fichas canjeables por privilegios (Higgins y Silverman, 1999). El contrato terapéutico es una herramienta basada en el condicionamiento operante, que puede ser útil para aumentar la adherencia terapéutica en la reducción del consumo. La acción de firmar el acuerdo hecho entre el usuario y el terapeuta es un ritual significativo para mantener un mayor compromiso del paciente (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999). El incumplimiento del contrato supone una consecuencia negativa (castigo-sanción) y el cumplimiento, un refuerzo (gozar de algunos privilegios; por ejemplo: distanciamiento de los controles de consumo). Otra alternativa del empleo del condicionamiento operante es diseñar y reforzar planes de acción alternativos al consumo. Se propone reforzar actividades recreativas incompatibles con el consumo, reorganizando el ambiente de la persona.

En definitiva, desde estos presupuestos, la relación positiva que establece una persona entre el uso de cualquier sustancia y la destreza de su desempeño social es un patrón conductual aprendido que puede modificarse durante el tratamiento al cambiar las consecuencias que refuerzan la conducta (Klein, 1994).

5.2.1.2. Teoría cognitiva

Este paradigma centra su atención en los pensamientos, las actitudes y las creencias que influyen en la conducta y, a su vez, regulan la relación entre el estímulo evocador del consumo y sus consecuencias (Anderson, 2001). El término cognición se refiere al conocimiento e interpretación que las personas poseen o realizan sobre el ambiente, y cómo sus «expectativas y creencias» controlan su comportamiento. En este sentido, se entiende por expectativa aquella representación mental de las contingencias entre acontecimientos ambientales (Beck, 1995). Los antecedentes de la teoría cognitiva comenzaron en los años 30 con Tolman, quien suponía que nuestra manera de actuar está orientada hacia una meta y que nuestras expectativas, en forma de planes,

determinan qué conducta específica realizamos para obtener una recompensa o evitar un castigo (Anderson, 2001). Desde el punto de vista cognitivo, la conducta es flexible, interactiva y dinámica, se enfoca en los antecedentes, pensamientos y atribuciones. De esta forma, al modificar la cognición, es posible cambiar la conducta.

En el contexto de la psicología clínica, Beck retomó el concepto de creencias y expectativas para entender la depresión. Actualmente se ha aplicado la terapia cognitiva de Beck a diferentes campos de salud mental, entre ellos el abuso de sustancias (Anderson, 2001).

La terapia cognitiva parte de la premisa de que los trastornos adictivos se producen y mantienen debido principalmente a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a distintos errores en el procesamiento de la información. El tratamiento se orienta a modificar los pensamientos y creencias erróneas de la persona y a enseñarle técnicas de autocontrol. En la terapia cognitiva, el terapeuta ayuda al paciente a examinar la secuencia de acontecimientos que le llevan al consumo de drogas y explora las atribuciones y creencias básicas acerca del valor que tienen para él. Hay al menos tres tipos de creencias «adictivas» pertinentes en las personas con abuso de sustancias (Bandura, 1986):

- a) Creencias anticipadoras: comprenden expectativas de recompensa.
- b) Creencias orientadas hacia el alivio: suponen que el consumo acabará con un estado de malestar.
- c) Creencias facilitadoras o permisivas: consideran que tomar drogas es aceptable.

Al mismo tiempo, el terapeuta entrena al paciente para que evalúe y considere las formas en que su pensamiento erróneo produce estrés y angustia. Le ayuda a modificar estos pensamientos de forma que pueda conseguir una mayor comprensión de sus problemas reales y desarrollar creencias de control, esto es, creencias que disminuyen la probabilidad de tomar drogas o abusar de las mismas. El objetivo de la terapia cognitiva es facilitar el proceso mediante el cual las creencias de control del paciente acaban siendo más influyentes que sus creencias sobre la adicción. Para ello se propone un proceso en seis fases (Bandura, 1986):

- a) Evaluar las creencias.
- b) Orientar al paciente hacia la comprensión del modelo de terapia cognitiva.
- c) Examinar y probar las creencias adictivas.
- d) Desarrollar creencias de control sobre la abstinencia.

- e) Practicar la activación de creencias de control de la conducta sin drogas.
- f) Asignar actividades entre sesiones para fomentar estas creencias.

5.2.1.3. Teoría cognitiva-social

La teoría cognitiva-social (TCS) tiene en cuenta tanto los acontecimientos externos, en los cuales se centra el condicionamiento clásico, como las contingencias de reforzamiento, relevantes para el condicionamiento operante. Sin embargo, considera que estas relaciones no son autónomas al organismo y están fuertemente reguladas por procesos interpretativos de naturaleza cognitiva. De hecho la TCS se basa en el principio de determinismo, donde el ambiente, la conducta y la cognición se afectan de manera recíproca (Pear, 1995).

La TCS estudia las relaciones particulares donde intervienen la observación, la memoria, la reproducción de lo que se observa y las expectativas derivadas de la experiencia. Esta teoría ha ganado auge porque además de la experiencia tiene en cuenta el contexto social en el que la persona se desarrolla y la propia individualidad. El simple hecho de observar a un modelo nos da la pauta para imitar su comportamiento. Este proceso se denomina «modelado» y es la base del aprendizaje social. En el caso de las adicciones, su éxito se atribuye a la modificación de las expectativas que tiene el usuario sobre el consumo de drogas al observar un modelo. El estatus del modelo, la interacción con el mismo o el afecto del observador por él son factores que disponen al organismo a aprender selectivamente y que mejoran el aprendizaje vicario (Pear, 1995). Los factores que pueden afectar al modelado, además de las diferencias individuales, son las conductas de otras personas que siguen a la respuesta del modelo, los propios procesos de atención, la capacidad de retención del observador y la práctica encubierta de las respuestas de los modelos (Abrams, Niaura, Blane y Leonard, 1987).

Dos vertientes del proceso de modelado de las conductas adictivas son la expectativa de resultado y la autoeficacia. Mediante la expectativa de resultado, los usuarios de drogas tienden a considerar que el consumo es lo único que puede ayudarles a mejorar su estado de ánimo o a enfrentar situaciones sociales desafiantes. La autoeficacia del consumidor está relacionada con la capacidad o confianza percibida de realizar una determinada tarea, como rechazar de manera asertiva una invitación para consumir. Respecto a las adicciones, la expectativa de resultado y la autoeficacia son el resultado de experiencias concretas del consumo.

En definitiva, los principios conductuales, cognitivos y cognitivo-sociales permiten una aproximación clara y sistemática para la comprensión del comportamiento adictivo. Estos principios son útiles para fundamentar el tratamiento del consumo de sustancias y de los problemas asociados, así como para entender la naturaleza de las recaídas y su manejo terapéutico.

Tanto la terapia conductual como la cognitiva-conductual han demostrado en las dos últimas décadas ser herramientas útiles para el tratamiento del consumo de drogas en la adolescencia (Deas y Clark, 2009). Tras haber realizado una conceptualización teórica de las dos vertientes se realizará un análisis de los estudios más relevantes que han demostrado la eficacia de esta técnicas de intervención en población adolescente.

- **Estudios de Azrin et al., (2001):** El grupo de investigación de Azrin inició las publicaciones en este campo a mediados de la década de los 90 (Azrin, Donohue, y Besalel, 1994). En el primer trabajo de investigación de estos autores se comparó la eficacia de la terapia conductual frente a un grupo control en el que los participantes recibieron orientación y apoyo. El estudio incluyó a 26 adolescentes de edades comprendidas entre los 13 y los 18 años que buscaron ayuda para el tratamiento del abuso de alcohol y otras drogas. La terapia conductual se caracterizó por usar las siguientes herramientas:

- Trabajos escritos y la revisión de las tareas semanales asignadas durante la sesión
- Ensayos conductuales para la superación de situaciones de alto riesgo a través de técnicas de modelado, realizando el uso de filmaciones para la mejora de las habilidades.
- Identificación de factores de riesgo y de protección ante el consumo de drogas, minimizando los factores de riesgo y fomentando los factores de protección.
- Uso de técnicas de parada de pensamiento y manejo del deseo de consumo.
- Entrenamiento a los progenitores en la monitorización de las actividades de los adolescentes con el fin de evitar situaciones de riesgo ante el consumo de drogas.

Ambos métodos de tratamiento estuvieron compuestos por 15 sesiones. Los resultados de estudio se midieron varias variables, como la tipología y frecuencia del consumo de drogas de los adolescentes (medida a través de cuestionarios y análisis de orina), la asistencia a la escuela, el empleo, la institucionalización y la evaluación de la

conducta antisocial. El estudio encontró que los adolescentes que participaron en el grupo de terapia de conducta realizaron un menor uso de drogas, mejoraron su rendimiento escolar y tuvieron menos encarcelamientos que los adolescentes del grupo de asesoramiento y apoyo (Azrin et al., 1994).

El mismo grupo de investigación también compararon la eficacia de la terapia conductual frente al asesoramiento y apoyo en otro grupo de 74 adolescentes y adultos, de edades comprendidas entre los 13 y los 43 años, a los cuales se les realizó un seguimiento de 9 meses tras la finalización de la terapia (Azrin, Acierno y Kogan, 1996). Este estudio también demostró que los sujetos en el grupo de terapia de conducta mantenían una reducción significativamente mayor en el uso de alcohol y otras drogas que en el grupo de terapia de apoyo, tanto al final del tratamiento como en el seguimiento a 9 meses. El grupo de terapia conductual también mostró una mayor mejora en el número de días trabajados y en el rendimiento en la escuela.

Finalmente, los investigadores modificaron el enfoque de terapia conductual para incluir a la familia del adolescente en el proceso terapéutico, un enfoque conocido como la terapia conductual familiar (Azrin et al., 2001). Esta intervención se comparó con una intervención cognitiva individual en la solución de conflictos adolescentes diagnosticados con trastorno de conducta, así como de dependencia de alcohol u otras drogas. Este análisis encontró que ambas intervenciones fueron igualmente efectivas.

- Estudios de Kaminer y Burleson (1998; 2002): En el primer estudio de este grupo de investigación, Kaminer, Burleson y Blitz (1998), se incluyó a 32 adolescentes de edades comprendidas entre los 13 y los 18 años que habían manifestado problemas con el abuso de alcohol u otras drogas. A la par habían sido diagnosticados con otros trastornos, tales como trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, depresión o un trastorno de ansiedad. Los participantes fueron asignados a un grupo experimental, de terapia cognitiva-conductual, y a un grupo control, donde se aplicó una terapia de grupo de apoyo durante 12 semanas. Los resultados se midieron a través de análisis de orina, la puntuación de un instrumento de evaluación estandarizado *Teen Addiction Severity Index (T-ASI)* (Kaminer et al., 1991), y autoinformes referentes a la cantidad y frecuencia de uso de alcohol y otras drogas. Los resultados de la evaluación permitió afirmar a estos autores que, independientemente del su trastorno coexistente, los adolescentes en el grupo de terapia cognitivo-conductual consiguen puntuaciones más bajas en el T-ASI (Kaminer et al., 1991) que los que recibieron la terapia de grupo. Por otro lado, no hubo diferencias significativas

entre el número de positivos en las pruebas de consumo de drogas en orina entre los dos grupos.

Kaminer, Burleson y Goldberger (2002), realizaron un estudio posterior más grande comparando a 88 adolescentes de edades comprendidas entre los 13 y los 18 años con trastornos por consumo de alcohol y otras drogas, la mayoría de los cuales también habían sido diagnosticados con otros trastornos psiquiátricos. Se realizaron dos grupos, un grupo experimental, donde los participantes recibieron terapia cognitivo-conductual, y otro grupo control, donde los participantes recibieron psico-educación en consecuencias de los consumos de drogas. La evaluación de la eficacia del tratamiento se realizó a través de pruebas reactivas ante el consumo de drogas en muestras de orina y las puntuaciones obtenidas en la prueba T-ASI, realizándose seguimientos a los 3 y 9 meses. Tras el análisis de los resultados los investigadores concluyeron que, a pesar de que el grupo de terapia cognitivo-conductual mostró una mayor mejoría en el seguimiento a los 3 meses, ambos grupos tenían tasas de recaída similares a los 9 meses de seguimiento.

5.2.2. La entrevista motivacional

En los últimos 15 años, la entrevista motivacional se ha convertido en uno de los métodos más populares y efectivos en el manejo de las adicciones en el ámbito de la psicología cognitivo-conductual, hecho sustentado por numerosas investigaciones. La entrevista motivacional es un tipo de intervención centrado en el paciente, ampliamente documentado e investigado y con efectividad demostrada, que aprovecha la ambivalencia frente a una problemática y, por medio de una escucha reflexiva y algunas intervenciones puntuales, intenta lograr su resolución, generando una mayor disposición al cambio del comportamiento lesivo en el paciente.

La entrevista motivacional se ha descrito como una intervención directiva, con un estilo centrado en el paciente, para suscitar el cambio de comportamiento, al ayudarlo a explorar y resolver la ambivalencia que le genera su problema. Ésta se da en una atmósfera constructiva de conversación sobre el cambio de comportamiento, en la que el clínico inicialmente escucha de manera empática, para comprender la perspectiva del cliente y minimizar la resistencia de éste. Sobre dichas bases de colaboración respetuosa se implementan estrategias y técnicas, que se utilizan para estudiar los valores de la persona, sus objetivos y su relación con el problema de adicción, y promover la motivación para el cambio proveniente del paciente. El método, sin

embargo, es confrontacional, pero, a diferencia de otros métodos, donde la confrontación surge entre las partes de la conversación, en la entrevista motivacional la confrontación está destinada a surgir dentro del paciente, esto aumenta la probabilidad del cambio y promover otras condiciones que lo van a soportar. Típicamente, esto implica alentar al paciente a analizar los conflictos y contradicciones, que son tan frecuentes en los problemas de adicciones, y, mediante un resumen periódico de lo entendido, darle tiempo para reflexionar, aumentando de esta forma la motivación posterior hacia el cambio (Rollnick y Miller, 1995).

La entrevista motivacional tiene como fundamentación teórica de su actuación el modelo transteórico de DiClemente y Prochaska (1982). Estos autores han demostrado que en los pacientes el cambio seguía un modelo en espiral. De este modo, asumen que los individuos pueden recaer en el consumo a lo largo del proceso, sin implicar un retroceso al punto de partida inicial. El objetivo principal del modelo es describir y delimitar los elementos inherentes al proceso de cambio en las adicciones. Para ello, los autores hablan de un modelo tridimensional, en cuanto integra tres áreas bien diferenciadas entre ellas:

1. Estadios de cambio.
2. Procesos de cambio.
3. Niveles de cambio.

DiClemente y Prochaska (1982) afirman que es imprescindible adecuar las intervenciones terapéuticas en el estadio de cambio en que se encuentre el paciente, convirtiéndolas en estrictamente individuales y personalizadas. A continuación se va a mostrar un pequeño resumen de su teoría donde se van a clarificar las tres dimensiones del cambio.

Estadios de cambio

Los estadios representan la dimensión temporal, es decir, cuándo cambia el paciente. Al realizar una intervención sobre el consumo de drogas se debe considerar el momento particular en el que se encuentra el paciente. Se postula que para lograr el cambio, una persona debe pasar por etapas bien definidas y predecibles, las cuales deben ser respetadas para facilitar el proceso. Las etapas antes mencionadas son:

a. Estadio de precontemplación: en este estadio no hay conciencia del problema y, por tanto, el sujeto no se plantea modificar su conducta adictiva, en cuanto ésta no representa un problema. En este estadio, los aspectos gratificantes obtenidos por

medio de la sustancia resultan superiores a los adversos (DiClemente y Prochaska, 1982)

b. Estadio de contemplación: se da en el momento en que aparece conciencia del problema y, en consecuencia, el sujeto se plantea la posibilidad de abandonar la conducta de adicción. En este momento comienzan a equilibrarse los aspectos gratificantes respecto a los adversos obtenidos por medio de la sustancia, que irán aumentando progresivamente (DiClemente y Prochaska, 1982).

c. Estadio de preparación: en este estadio el sujeto se compromete a abandonar su conducta adictiva y comienza a reducir progresivamente la dosis consumida, aunque no se alcance la abstinencia. (DiClemente y Prochaska, 1982).

d. Estadio de acción: es el estadio que representa los cambios conductuales más relevantes (proceso de abstinencia y reevaluación personal), dirigidos a superar la adicción. Implica un compromiso firme hacia el tratamiento, a la vez que requiere una inversión clara de tiempo y energía (DiClemente y Prochaska, 1982).

e. Estadio de mantenimiento: estadio en que los objetivos están dirigidos a la conservación y consolidación de los cambios significativos alcanzados en el estadio anterior, así como la prevención de recaídas en el consumo (DiClemente y Prochaska, 1982).

Procesos de cambio

Los procesos de cambio explican “cómo” o de qué manera se producen estos cambios. Serán todas las actividades encubiertas o manifiestas que pone en práctica el individuo para modificar la conducta de adicción y que harán comprensibles todos los cambios comentados. Los procesos son:

a. Aumento del grado de conciencia: proceso cognitivo que implica intensificar el procesamiento de la información respecto a la problemática asociada con la conducta adictiva y los beneficios de modificarla. Un abordaje objetivo y personal dirigido a las consecuencias negativas propuestas por el propio sujeto ayudará a incrementar la toma de conciencia (DiClemente y Prochaska, 1982).

b. Autorreevaluación: hace referencia a la valoración afectiva y cognitiva del sujeto respecto a cómo la conducta de adicción afecta los propios valores y su manera de comportarse. Implica, también, reconocer la mejora que representaría para su vida dejar el consumo (DiClemente y Prochaska, 1982).

c. Reevaluación ambiental: consiste en valorar el impacto que tiene la conducta adictiva hacia sus relaciones interpersonales y reconocer las consecuencias positivas que llevaría a su entorno modificar el hábito tóxico (DiClemente y Prochaska, 1982).

d. Relieve dramático: consiste en la experimentación y expresión de las reacciones emocionales del sujeto, generadas a partir de la observación de los aspectos negativos de la conducta adictiva (DiClemente y Prochaska, 1982).

e. Autoliberación: representa el compromiso personal y el aumento de la capacidad para decidir y elegir del individuo. Implica creer que uno mismo es realmente el elemento crucial en el proceso de cambio de la conducta adictiva, en cuanto es capaz de adquirir las habilidades necesarias para cambiar (DiClemente y Prochaska, 1982).

f. Liberación social: hace referencia a la capacidad del sujeto para decidir y elegir. En este caso, está favorecida por la toma de conciencia de lo que representa, en el ámbito social, la conducta de adicción, así como de la voluntad social de combatirla, al aumentar las alternativas adaptativas (DiClemente y Prochaska, 1982).

g. Manejo de contingencias: se considera un ingrediente fundamental en las terapias de autocontrol y consiste en la aplicación de refuerzos (autoaplicado / heteroaplicado) a una conducta concreta (DiClemente y Prochaska, 1982).

h. Relaciones de ayuda: hace referencia al apoyo social como elemento facilitador del proceso de cambio. Éste debe representar una ayuda incondicional por el sujeto (DiClemente y Prochaska, 1982).

i. Contracondicionamiento: consiste en modificar la respuesta cognitiva, motora y fisiológica provocada por los estímulos condicionados por el consumo, al generar otras conductas alternativas. El objetivo es potenciar el aprendizaje de nuevas habilidades que ayuden al sujeto a afrontar las situaciones de riesgo y el *craving* (DiClemente y Prochaska, 1982).

j. Control de estímulos: consiste en evitar la exposición a situaciones de riesgo que pueden provocar una recaída en el consumo. La reestructuración del ambiente será clave al inicio del proceso, para reducir al máximo las probabilidades de que se produzcan recaídas en el consumo (DiClemente y Prochaska, 1982).

Niveles de cambio

Los niveles de cambiado hacen referencia a todas aquellas modificaciones en la vida o el ambiente del paciente que son necesarios para abandonar la conducta de adicción (DiClemente y Prochaska, 1982). Los niveles de cambio hacen una clasificación de la profundidad de la intervención a la que está dispuesto a llegar el paciente. Dicha clasificación está representada por varios niveles interrelacionados que engloba los problemas psicológicos susceptibles de tratamiento. de este modo encontramos cinco niveles:

1. Síntoma/situacional. El paciente solo está dispuesto a trabajar la conducta problema, el consumo de drogas.

2. Cogniciones desadaptadas. El paciente se encuentra dispuesto a trabajar las creencias y pensamientos que han propiciado y mantenido su conducta de consumo, aceptando una mayor profundidad en la intervención.

3. Conflictos interpersonales actuales. El paciente acepta trabajar no solo los 2 primeros niveles sino que también accede a profundizar acerca de que situaciones actuales que pueden estar propiciando su conducta problema, buscando una solución puntual a su momento vital. En este nivel de profundidad la terapia puede ir orientada al análisis de factores de riesgo y de protección ante la conducta de consumo o de otras conductas problema.

4. Conflictos familiares. El paciente acepta trabar su estructura familiar y su historia de vida, analizando hitos vitales relevantes que expliquen el desarrollo y el mantenimiento de la conducta problema, o de algún malestar significativo.

5. Conflictos intrapersonales. El paciente acepta trabar a la mayor profundidad, realizando un introspección en su sistema de creencias y valores, buscando solucionar las posibles discrepancias entre su expectativas personales y su autoconcepto.

Es importante que, al inicio de la intervención, el terapeuta pueda definir a qué nivel demanda ser ayudado el paciente. Prochaska y Diclemente (1998) recomiendan comenzar la intervención con el primer nivel debido a que:

- a) Las personas que intentan cambiar solas tienden a utilizarlo más.
- b) Es el nivel que menos resistencia ofrece y es más accesible a la conciencia.
- c) Por último, suele representar el motivo de consulta.

Si el cambio de conducta no se concreta y la intervención no es eficaz se puede recurrir a un cambio de nivel en la intervención. Se ha de puntualizar que la mayor parte de los pacientes pueden demandar al mismo tiempo intervenciones en varios niveles.

Una vez conocido el marco conceptual y teórico propuesto por Prochaska y DiClemente, en el cual se fundamenta la entrevista motivacional, es interesante avanzar en el conocimiento de tres conceptos importantes a la hora del desarrollo teórico de la entrevista motivacional. Dichos conceptos son la preparación, la ambivalencia y la resistencia, los cuales se expondrán a continuación.

- **La preparación al cambio:** Es un concepto útil para entender la motivación al cambio como un estado de preparación, que fluctúa y puede ser influenciado por otros (DuPont, 1998). Las etapas del modelo de cambio, propuestas por DiClemente y Prochaska (1982), que surgieron casi simultáneamente con la entrevista motivacional, proveen un marco al concepto de preparación al cambio, lo que resultó útil para su comprensión y puesta en marcha dentro de las sesiones de entrevista motivacional. Estas etapas del modelo de cambio indican que las personas tienen diferentes necesidades, dependiendo de su etapa de cambio, y que moverse en esas etapas durante el asesoramiento puede ser beneficioso (Prochaska y DiClemente, 1998). La sensibilidad del clínico para estar alerta al cambio del estado de preparación del paciente tiene un valor incalculable para el adecuado uso de la entrevista motivacional, el deber del clínico es mantener el ritmo del paciente. Esta disposición es la que permite que la resistencia en el paciente se mantenga en el mínimo y la relación (*rappor*t) se mantenga durante los momentos difíciles.

- **La ambivalencia:** este concepto fue ubicado en el centro de la entrevista motivacional, ya que proporciona un ancla conceptual para hacer frente a la incertidumbre sobre el cambio de comportamiento que prevalece en las sesiones de entrevista (Rollnick y Miller, 1995). La ambivalencia es un estado normal, vivenciado por todos en algún momento. Para la persona con el comportamiento “problemático” el cambio puede ser duro y enervante, y exigir una reconfiguración de las creencias relativas a la función que cumple la conducta adictiva y el valor que se deriva de ello. En la interrelación de la ambivalencia sobre el cambio, los objetivos del paciente y sus valores fundamentales se encuentra la sustancia de la entrevista motivacional. Como consecuencia del aprovechamiento de la ambivalencia, es el paciente quien se anima a reconocer los problemas y a expresar su preocupación por éstos, es quien habla con determinación de hacer cambios, al expresarse con esperanza y optimismo de su propia habilidad para alcanzar sus metas (Miller, Rollnick y Moyers, 1998)

- **La resistencia:** en la descripción de la entrevista motivacional, la resistencia es vista como la conducta observable que surge cuando el clínico pierde congruencia

demostrable con el paciente. En la resistencia, el paciente está tratando de proteger su autoestima, sus valores personales o una opinión particular, que expresa una creencia central atesorada por el paciente. Responder constructivamente al *rappport* dañado por la mala comunicación y la confusión es particularmente importante en los estadios tempranos de la entrevista (Rollnick y Miller, 1995). Para manejar las resistencias que se han de sortear con el paciente durante el proceso se han descrito varias estrategias que se han de evitar, entre las que se encuentran:

- Pregunta-respuesta: significa formular preguntas que el paciente responde con frases cortas y simples. Implican una interacción entre un experto activo y un paciente pasivo, y no facilita la reflexión y elaboración por parte del paciente (Miller y Rollnick, 1999)
- Confrontación-negación: cuanto más enfrentemos al paciente con su situación, él se volverá más resistente y reacio al cambio, con respuestas de tipo negativo o evitativo (Freixa, 2000).
- Tomar posición de experto: ofrecer respuestas y soluciones que llevan a asumir un rol pasivo por parte del paciente.
- Etiquetar al paciente: poner una etiqueta al paciente por un hábito que tiene, éstas acarrearán estigmatización y aumento de la resistencia (Cebriá y Bosch, 2000).

Estos tres conceptos básicos que se han descrito con anterioridad van a servir para entender la estructura funcional de la entrevista motivacional. Existen 4 acciones básicas que se definen como los principios de la intervención en entrevista motivacional. Dichos principios básicos son las herramientas fundamentales que el terapeuta ha de manejar para dirigir de manera adecuada la terapia. Estos principios quedan definidos por Rollnick y Millner (1995) como:

- **Expresar empatía:** la escucha empática es el principio fundamental que asegura que el clínico se mantenga en sintonía con las necesidades y aspiraciones del paciente. Su práctica, reforzada considerablemente por el uso de la escucha reflexiva, implica tanto comentarios de resumen, diseñados para garantizar la paridad con el cliente, como de enunciados más complejos, que permiten al clínico resaltar elementos del dilema del paciente que llevarán a la resolución de la ambivalencia
- **Evidenciar las discrepancias:** en la exploración de los valores personales del cliente y las aspiraciones para el futuro, puede surgir un estado particular de malestar, a éste se le denomina *discrepancia*. Puede generarse del contraste entre lo que la persona

quiere de la vida y la naturaleza autodestructiva de la problemática de las adicciones. En la entrevista motivacional, este tipo de situación no es vista como un problema que debe evitarse, sino como algo que puede ser un catalizador para el cambio, que le permite ver a los pacientes cómo el problema puede estar en contravía con lo que es importante para ellos y sus esperanzas para el futuro.

- **Avanzar con las resistencias:** este principio pone de relieve la necesidad de evitar las argumentaciones no constructivas, que se asemejan a una batalla de voluntades. Respetar las decisiones del paciente y, al mismo tiempo, aceptarlas, es una forma de mostrarle respeto. En ningún momento le serán impuestas al paciente otras soluciones que él no haya contemplado.

- **Fomentar la autoeficacia:** el concepto *autoeficacia* está directamente relacionado con la autoestima; consiste en creer en las capacidades o habilidades propias para llevar a cabo una tarea de forma exitosa. Enfatizar y creer en la responsabilidad de uno mismo ante el propio cambio ayuda a fomentar la autoeficacia. Potenciar el sentimiento de autoeficacia y la actitud de cambio en el paciente es fundamental en la entrevista motivacional.

Prochaska y DiClemente (1998) plantearon que el método de la intervención debería ser ajustado a los objetivos y a los principios que se pretenden conseguir con la entrevista motivacional. De este modo plantearon cual debía ser el método de la entrevista motivacional en una serie de puntos que se exponen a continuación:

- **Habilidades para una escucha empática:** estas habilidades son la base de la entrevista motivacional; dentro de éstas, la escucha reflexiva es el principal vehículo para transmitir la empatía con el paciente y la más susceptible de ser usada hábilmente. Una pauta sugerida por los expertos es tratar de aumentar la proporción y exactitud de las declaraciones que indican una escucha reflexiva y disminuir la proporción de preguntas hechas al paciente. Entre más reflexivo y comprensivo es el clínico, más probable es que el paciente se torne más contemplativo y, al hacerlo, realice nuevas conexiones (Prochaska y DiClemente. 1998)

- **Promover las declaraciones automotivadoras:** esto no es solamente una cuestión técnica de provocar declaraciones e ignorar los argumentos en contra del cambio, sino de dar al paciente el tiempo para expresar la ambivalencia, libre de distracciones, en una atmósfera en la que la principal tarea del clínico es escucha y

comprender. El objetivo en todo momento es ayudar al sujeto a que resuelva su ambivalencia (Prochaska y DiClemente, 1998)

- Responder a las resistencias: responder de forma constructiva a la resistencia, que puede ser vista como un *rappor*t dañado, es particularmente importante en las primeras etapas de un encuentro, cuando las posibilidades de una mala comunicación son muy comunes. Uno de los errores más comunes de los clínicos es asumir que el paciente tiene una mayor disposición al cambio de la que experimenta realmente y, como consecuencia de esta asunción, reforzar la resistencia (Prochaska y DiClemente, 1998). Responder a esta resistencia no es solamente una cuestión de técnica. La actitud del clínico debe reflejar el reconocimiento de las necesidades del cliente de mantener su dignidad, su autoestima y la de ser escuchado y reconocido. Esto se reflejará en las declaraciones de carácter reflexivo que le hará al paciente. Las declaraciones provenientes de la escucha reflexiva ayudan al clínico a ampliar, resaltar e incluso reorientar el foco de la discusión. En el uso de estas declaraciones reflexivas se añade un elemento directivo a la entrevista. El cuándo y cómo se utilizan estas declaraciones depende de las circunstancias específicas y la calidad del *rappor*t que haya entre los participantes (Prochaska y DiClemente, 1998).

La metodología de la entrevista motivacional es enriquecida por aportes de la técnica narrativa de Carl Rogers; él afirmaba que una relación interpersonal centrada en el paciente proporciona la atmósfera óptima para el cambio, al permitirle un análisis de sí mismo en un ambiente seguro (Rogers, 1986) Existen cinco técnicas que ayudan a que el paciente pueda sentirse entendido y aceptado, y que pueda verse a sí mismo y la situación en que se encuentra:

1. Preguntas abiertas: son aquellas que no pueden contestarse con una o dos palabras, a diferencia de las preguntas cerradas. Este tipo de preguntas permiten al paciente aumentar su percepción del problema. Además, le permiten extenderse en su respuesta. Le ofrecen la posibilidad de describir su problema o situación personal sin límite. Escucharlo activamente facilitará su discurso y le animará a expresarse de forma sincera (Cebriá y Bosch, 2000).

2. Escucha reflexiva: es una de las habilidades fundamentales de la entrevista motivacional. Se trata de averiguar lo que intenta transmitir el paciente y devolvérselo por medio de afirmaciones, que son frases sin interrogación final. Responder de manera reflexiva consiste en plantearnos una pregunta en la que uno debe plantearse: “qué me

quiere decir el paciente”. El paciente tiene claro qué nos quiere comunicar con su discurso, pero a menudo lo hace de manera indefinida o poco específica. La tarea del terapeuta es escuchar de manera cuidadosa para decodificar el mensaje, elaborar la pregunta y, finalmente, devolver la información al paciente (Cebriá y Bosch, 2000).

3. Reestructuración positiva: se basa en dar seguridad y apoyar al paciente, al destacar sus aspectos positivos y apoyar lo dicho por él, mediante comentarios y frases comprensivas. Sirve para aumentar su autoestima y autoconfianza, aumenta el control sobre sí mismo y su sensación de poder (Rogers, 1986).

4. Resumir: esta estrategia ayuda a relacionar el contenido de los mensajes y la información que va apareciendo a lo largo de la sesión. Resumir periódicamente demuestra que estamos escuchando atentamente y que seguimos el discurso, de este modo, potenciamos la motivación del paciente hacia su propio proceso.

5. Afirmaciones de automotivación: hay que favorecerlas y provocarlas mediante preguntas evocadoras, que pueden darse sobre diferentes aspectos de su vida y su conducta.

En el tratamiento del consumo de drogas en la adolescencia la entrevista motivacional se plantea como una intervención breve, diseñada para mejorar la motivación de los adolescentes para hacer cambios significativos con respecto al uso de drogas. Para ello se evalúa las situaciones de riesgo en la vida cotidiana que pueden desencadenar o mantener el uso de drogas. Para lograr este objetivo la entrevista motivacional utiliza, como se ha descrito anteriormente, un enfoque empático con el fin de generar discrepancias cognitivas en el adolescente entre los beneficios que tiene para el joven el consumo y las consecuencias que le está acarreando. La entrevista motivacional ha demostrado su eficacia en el tratamiento del consumo de drogas en los adolescentes, como se describirá a continuación en el análisis de dos estudios.

- **Estudio de Marlatt, Baer y Kivlahan (1998).** La muestra de este estudio estuvo compuesta por 188 chicas y 160 chicos, todos ellos estudiantes de primer año de universidad menores de 19 años. En este estudio se generaron dos grupos, uno control y otro experimental. El grupo experimental fue incluido en una sesión de entrevista motivacional. El grupo control no tuvo ningún tipo de intervención. Los investigadores evaluaron las tasas de consumo de alcohol y la dependencia del mismo a través de autoinformes. Se realizó un seguimiento tanto a los 6 meses como a los 2 años después de la intervención. Los adolescentes en el grupo experimental mostraron reducciones

significativas tanto en las tasas de consumo de alcohol como en las consecuencias negativas del abuso del mismo en cada uno de los puntos de seguimiento. Los autores concluyeron que, tras haber mantenido su eficacia en el tiempo, la entrevista motivacional era una herramienta útil para el tratamiento de los consumos de alcohol y otras drogas en jóvenes y adolescentes.

- **Estudio de McCambridge y Strang (2004):** Estos investigadores asignaron aleatoriamente a 200 adolescentes, de edades comprendidas entre los 16 y los 20 años, a un grupo experimental, en el que se aplicó entrevista motivacional, o a un grupo control, sin ninguna intervención. El consumo de drogas de los adolescentes al inicio del estudio se evaluó mediante autoinformes, entrevistas a los compañeros y el análisis de muestras de cabello. Tres meses después de la intervención se realizó una evaluación de los cambios en el consumo de drogas y se evaluó la percepción de los participantes sobre los riesgos asociados a los consumos de drogas. El análisis encontró que, en general, el grupo que participó en la entrevista motivacional mostró una reducción significativa de la presencia de nicotina, alcohol y marihuana en los análisis de las muestras de cabello. Por otro lado se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en el número de menores que, tras los 3 meses de estudio, antes no eran bebedores y ahora habían iniciado el consumo, en el grupo experimental había menos inicios de consumo.

5.2.3. Terapia de familia

Una de las particularidades más importantes del tratamiento en los adolescentes es la importancia de la participación e implicación de la familia en los procesos de tratamiento. El enfoque de las intervenciones fundamentadas en el trabajo con la familia se sostiene en el supuesto de que los comportamientos de las personas, y en especial la de los adolescentes, se ven determinados por las experiencias relacionales que establecen, las cuales adquieren mayor relevancia en las dinámicas familiares. Es evidente que en la adolescencia otros grupos relacionales como la escuela o los grupos de iguales tienen un alto peso a la hora de establecer relaciones sociales, pero el presente enfoque hace hincapié en que el sistema de referencia para el adolescente es el núcleo familiar, donde se ha de intervenir.

La terapia familiar es un conjunto de acercamientos terapéuticos que consideran la intervención a nivel familiar como un aspecto fundamental en el tratamiento de los consumos de drogas en los adolescentes. Una familia es un sistema y en cualquier

sistema cada una de las partes está relacionada con las demás. Por consiguiente, un cambio en cualquier parte del sistema puede inducir cambios en todas las otras partes. Las terapias basadas en este enfoque usan los factores de protección de las familias para provocar cambios en una gama amplia de áreas problemáticas, incluso el abuso de sustancias. La terapia de familia en el tratamiento del abuso de sustancias tiene dos fines principales. El primero es usar los factores de protección y los recursos familiares para ayudar al adolescente a descubrir o desarrollar maneras de modificar el estilo de vida asociado al consumo de drogas. El segundo objetivo será reducir el impacto del consumo de drogas en el adolescente, tanto en su vida cotidiana como en el funcionamiento de su familia.

En la terapia familiar, la unidad de tratamiento es la familia y/o el individuo en el contexto del sistema familiar. El adolescente consumidor se considera un subsistema dentro de la unidad familiar, siendo la persona cuyos síntomas tienen repercusiones severas en todo el sistema familiar. Las relaciones familiares dentro de este subsistema por tanto son los puntos de interés terapéutico y de intervención. Para cumplir los objetivos de la terapia familiar el terapeuta facilita las discusiones dentro del núcleo familiar, entrenando técnicas de solución de conflictos en sesiones que con frecuencia engloban al grupo familiar completo. En momentos puntuales es necesario realizar sesiones con un subconjunto del núcleo familiar y en ocasiones con un solo participante, el cual puede ser, o no, la persona con el trastorno de abuso de drogas.

Tras esta pequeña introducción se van a describir las diferentes escuelas que, fundamentados en una metodología basada en el trabajo con la familia, han demostrado ser herramientas eficaces para el tratamiento del consumo de drogas en adolescentes.

5.2.3.1. Terapia multisistémica

Se trata de un enfoque ecológico amplio que pretende intervenir sobre las relaciones que establecen los adolescentes en los ámbitos más relevantes de su desarrollo evolutivo. Así, la terapia multisistémica, pretende influir sobre las características del niño o adolescente (como puedan ser las actitudes favorables ante el uso de drogas), la familia (se interviene corrigiendo dificultades en el uso de la disciplina, se interviene en los conflictos familiares y se indaga e interviene en el abuso de drogas de los padres o familiares más cercanos), de los compañeros (se interviene sobre las actitudes positivas hacia el uso de drogas en pares), de la escuela (deserción

escolar y apoyo ante el bajo rendimiento académico) y del vecindario (se interviene sobre la subcultura delictiva).

En el tratamiento de menores infractores y el consumo de drogas la terapia multisistémica ha sido ampliamente utilizada en Estados Unidos. *Multisystemic Therapy for Juvenile Offenders* (“MST”) aborda la naturaleza multidimensional de los problemas de conducta en los jóvenes problemáticos. El tratamiento se enfoca en aquellos factores en la red social de cada joven que contribuyen a su comportamiento antisocial. Los principales objetivos de los programas MST son reducir las tasas de comportamiento antisocial y otros problemas clínicos, mejorar el funcionamiento (por ejemplo, las relaciones familiares o el rendimiento escolar). Con ello se ha demostrado un ahorro en los costes de tratamiento. El ahorro de los costes en el tratamiento se han medido a través de la reducción del uso de internamiento de los adolescentes en recursos fuera del domicilio, tales como hospitalizaciones, ingresos en un centro de ejecución de medidas judiciales o ingresos en unidades de tratamiento residencial. El objetivo final de la MST es que las familias ganen poder para construir un ambiente más saludable en su hogar por medio de la movilización de los recursos existentes del adolescente, de la familia y del entorno. La MST se aplica en el entorno natural (en el domicilio, la escuela o el barrio). La duración típica de los servicios basados en el domicilio es de aproximadamente 4 meses, con varios contactos semanales entre el terapeuta y la familia. La MST aborda los factores de riesgo de una manera individualizada, completa e integrada, permitiendo a las familias mejorar en el desarrollo de los factores de protección.

Durante las dos últimas décadas se ha constatado que el uso de la terapia multisistémica es un herramienta eficaz para el tratamiento del consumo de drogas en adolescentes (Henggeler et al., 2006). A continuación se van a mostrar los resultados de un par de estudios que clarifican las virtudes de la terapia mutisistémica frente a otros enfoques.

- **Studio de Henggeler, Broudin y Melton (1991):** Este estudio incluyó a 200 adolescentes (edad media 14,4 años) procedentes del sistema de justicia de menores por delitos menores. El estudio constaba de dos partes. En la primera parte, los investigadores asignaron al azar a los participantes o a un grupo de terapia multisistémica o a un grupo de terapia individual convencional. El grupo que recibió la terapia multisistémica la realizó de manera intensiva y con carácter individualizado, la cual se centró en el cambio de comportamientos desadaptados de los adolescentes en su

entorno natural. Para ello, los investigadores identificaron los puntos fuertes y las debilidades de cada participante y desarrollaron un plan de tratamiento basado en ellos para facilitar el cambio. El tratamiento implicó sesiones de terapia en el hogar del adolescente, así como información para los padres sobre cómo manejar situaciones difíciles durante el período de tratamiento. El enfoque de la terapia individual en cambio se centró exclusivamente en el adolescente, haciendo caso omiso de los múltiples sistemas a los que está conectado. Los resultados de este estudio demostraron que los adolescentes que recibieron terapia multisistémica tenían índices significativamente más bajos de arrestos durante el período de estudio en comparación con los adolescentes que reciben asesoramiento individual (4 por ciento frente a 16 por ciento). La segunda parte de este estudio comparó la eficacia de la terapia multisistémica frente a un programa de intervención del servicio de Libertad Vigilada. En ese programa, los adolescentes tuvieron reuniones mensuales con un técnico de libertad vigilada que evalúa la asistencia al recurso formativo y el cumplimiento de los contratos conductuales adquiridos. Ambas intervenciones se realizaron en un período de 4 meses. Los datos de esta segunda parte del estudio reflejaron que los adolescentes del grupo de terapia multisistémica tuvieron tasas significativamente más bajas de uso de alcohol y marihuana en comparación con los adolescentes que participaron en el programa de libertad vigilada.

- Estudio de Henggeler, Clingempeel, Brondino y Pickrel (2002): El mismo grupo de investigación realizó otro estudio para evaluar la eficacia del tratamiento del consumo de drogas en menores infractores. En una primera etapa del estudio (Henggeler, Brondino y Pickrel, 1999) se realizó una investigación que incluyó a 118 menores infractores de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años (edad media 15,7 años), que fueron asignados al azar o a un grupo de terapia multisistémica o a un programa convencional usado por los Servicios sociales de EE.UU. (Grupos de autoayuda fundamentados en la teoría de los 12 pasos para mantener la abstinencia). Los adolescentes asignados a la terapia multisistémica recibieron un promedio de 130 días de tratamiento que incluyeron cerca de 40 horas de contacto directo con un terapeuta y 6 horas de contacto indirecto. El programa ofrecido por los Servicios Sociales realizó reuniones semanales en un programa comunitario durante 5 meses. El objetivo del estudio fue evaluar el consumo de alcohol y otras drogas a través de un cuestionario y por medio de pruebas de análisis de orina. El estudio encontró que, al final del tratamiento, los adolescentes incluidos en el grupo de terapia multisistémica

consumen de manera significativa menos alcohol, marihuana y otras drogas. Por último se ha de destacar que los efectos del tratamiento parecen persistir durante un período prolongado de tiempo, ya que tras 4 años del tratamiento se realizó un seguimiento de 80 participantes (Henggeler et al., 2002), mostrando que los participantes en el grupo de terapia multisistémica tenían un menor número de condenas por comportamientos criminales agresivos y niveles más altos de la abstinencia de marihuana que los participantes en el programa de los Servicios Sociales.

A parte de ser una terapia eficaz, la terapia mutisistémica ha demostrado ser una herramienta que produce ventajas monetarias a las instituciones públicas, ya que es un recurso que ha demostrado eficiencia en el ámbito coste-beneficio. Recientes estudios en Estados Unidos han demostrado que cada dólar gastado en terapia multisistémica en el tratamiento de menores infractores ofrece de 9,51 a 23,59 dólares en ahorros para los contribuyentes y las víctimas de los delitos (Klietz, Borduin y Schaeffer, 2010).

Fuera del sistema de justicia juvenil la terapia multisistémica también ha demostrado ser una herramienta útil ante el tratamiento del consumo de drogas en adolescentes. Latimer, Winters, D'zurilla y Nichols (2003) realizaron un estudio en el que compararon la eficacia de la terapia familiar combinada con terapia cognitiva-conductual versus un programa de psicoeducación fundamentado en dar a conocer a los participantes el daño que produce el consumo de drogas. El enfoque de la terapia familiar combinada con terapia cognitiva-conductual promovió la abstinencia mediante el fortalecimiento de la comunicación intrafamiliar, el refuerzo de actividades saludables y en entrenamiento de los progenitores en habilidades parentales efectivas. También se utilizó técnicas de contrato conductual para reforzar comportamientos adaptados en los adolescentes. El aporte de la terapia cognitivo-conductual en esta intervención está enfocada a ayudar a los adolescentes a entrenar habilidades de solución de conflictos, fomentando la emisión de conductas reflexivas en vez de impulsivas. El programa de intervención psico-educativo se fundamentó en dar a conocer el daño que produce el consumo de drogas a los participantes. Ambas intervenciones duraron 16 semanas y se realizaron seguimientos a los 1, 3 y 6 meses después de haber finalizado el tratamiento mediante el análisis de la presencia de drogas en la orina y la aplicación de cuestionarios que evalúan el consumo de drogas. Los investigadores descubrieron que los adolescentes que recibieron la intervención de terapia familiar combinada con terapia cognitiva-conductual obtuvieron tasas significativamente más bajas en la variable días de consumo de alcohol y tenían tasas

más bajas de uso de la marihuana tras los 6 meses de seguimiento en comparación con los adolescentes que habían recibido la intervención fundamentada en psicoeducación. Otros autores (Waldron, Slesnick, Brody, Tuner y Peterson, 2001) encontraron resultados parecidos en un estudio donde compararon la eficacia de 4 intervenciones, terapia cognitivo-conductual, terapia de familia, terapia familiar combinada con terapia cognitiva-conductual y psicoeducación. En este estudio se demostró nuevamente que la técnica más eficaz fue la terapia familiar combinada con terapia cognitiva-conductual.

5.2.3.2. Terapia familiar breve y estratégica

La Terapia Breve Estratégica es un modelo de intervención psicológica que nace hacia los años 70 como una gradual evolución del modelo Familiar Sistémico. Fue creada por el italiano Nardone y su mentor Watzlawick (1993), estructurándose paulatinamente como una perspectiva teórico-aplicativa autónoma. Este enfoque plantea que cada persona es un sistema perceptivo reactivo, es decir, que todos tenemos modalidades redundantes de percepción y reacción en nuestra relación con la realidad, entendida como la relación de cada persona consigo misma, con los demás y con el mundo (Nardone y Watzlawick, 1993).

En este orden de ideas, se parte del supuesto que los seres humanos son sistemas en constante interrelación tanto con ellos mismos, como con otros sistemas. Por tal motivo, viven y funcionan dentro de una causalidad circular y no lineal en la que la relación entre las variables de un fenómeno es una relación de causalidad recíproca. En otras palabras, cada una de estas variables funciona en virtud de las demás, por lo que cada elemento dentro de un sistema emite y simultáneamente recibe información (Nardone y Portelli, 2006).

Con base en lo anterior, la terapia estratégica se focaliza en la manera cómo funciona y persiste un problema, más que en por qué se formó. Esto ha llevado a que dicho modelo se estructure sobre lo que Nardone denomina investigación-intervención. Se refiere a una modalidad de investigación empírico-experimental que se estructura sobre un *conocimiento operativo* según el cual, para conocer cómo funciona un problema, no es suficiente observarlo desde el exterior. Es necesario intervenirlo para generar un cambio en su funcionamiento. La manera como responde el sistema sobre el cual se intervino para generarlo, revelará el funcionamiento previo del problema. Por tal motivo es que desde la terapia estratégica, se cambia para conocer, no se conoce para cambiar (Nardone y Salvini, 2004).

Como consecuencia, el modelo de intervención estratégico es un modelo auto correctivo, es decir, modificable en cada momento sobre la base de los efectos obtenidos durante el proceso de cambio (Nardone y Balbi, 2009). Lo que funciona, se mantiene, lo que no funciona, se cambia pues la única constante es el cambio (Nardone, 2009).

En concreto, el trabajo de un terapeuta estratégico empieza por identificar en manera clara cuáles han sido las *soluciones intentadas* (Nardone y Watzlawick, 1999) de los pacientes en su intento por solucionar su problema. Paradójicamente son justamente estas soluciones intentadas las que, más que resolverlo, lo complican y lo mantienen, pues se convierten en modelos redundantes de interacción disfuncional. Una vez que se identifican dichas soluciones intentadas, el terapeuta empieza a introducir pequeños grandes cambios en el sistema perceptivo reactivo del paciente con el fin de sustituir una creencia disfuncional, que es la que mantiene el problema, por una creencia funcional (Nardone y Balbi 2009).

La terapia familiar breve y estratégica es aplicada en el tratamiento de los consumos de drogas en la adolescencia. Este tipo de terapia está dirigida a la evaluación y la intervención en las interacciones familiares consideradas como las que mantienen o agravan el abuso de drogas y otros problemas conductuales concurrentes en los adolescentes. La terapia familiar breve y estratégica se centra en el tratamiento de los sistemas que conforman la familia, en el que las conductas de los miembros de la familia son consideradas interdependientes hasta el punto de que los síntomas de cualquier miembro (el adolescente adicto, p. ej.,) son indicadores, al menos en parte, de todo lo demás que ocurre dentro del sistema familiar. La función del terapeuta es identificar los patrones de interacción familiar que están asociados con los problemas de conducta del adolescente y ayudar a cambiar los patrones que preservan dichos problemas. Esta orientación ha demostrado su eficacia a través de diferentes estudios, como pueda ser el trabajo de Joanning, Quinn, Thomas y Mullen (1992), donde se comparó la eficacia de tres métodos de terapias diferentes para el tratamiento del uso de alcohol y otras drogas en 134 adolescentes (edades entre los 11 y los 20 años). En este estudio se comparó la eficacia de tres ramas de tratamiento. Se comparó la eficacia de la terapia familiar estratégica breve, la eficacia de un programa de intervención que trataba de mejorar las habilidades sociales y el desarrollo cognitivo y la eficacia de una intervención fundamentada en psico-educación, tanto al adolescente como a la familia, de las consecuencias de los consumos de drogas. El estudio encontró que, después del

tratamiento, los adolescentes en el grupo de terapia de familia estratégica obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el número de sujetos que se mantenían abstemios (54%) comparado con los resultados obtenidos por la intervención que se realizaba sobre las habilidades sociales (28%) y frente a la psico-educación (16%).

Para concluir el presente apartado se puede afirmar que existen tres líneas de investigación que han mostrado ser eficaces en el tratamiento del abuso y dependencia del consumo de drogas en la adolescencia a través de estudios contrastados empíricamente. Estas tres líneas de investigación son la terapia familiar, la terapia cognitivo-conductual y la entrevista motivacional. Las tres líneas de investigación muestran similitudes a la hora de trabajar con los adolescentes, llegando a poder compaginarse los modelos de tratamiento, ganando con ello eficacia las intervenciones realizadas (Henggeler et al., 2002; Waldron et al., 2001).

5.3. Eficacia de los programas de tratamiento para la intervención en abuso y dependencia de drogas en menores infractores.

Para el análisis de la eficacia de los diferentes modelos de intervención en el tratamiento de consumo de drogas en la adolescencia, se ha recurrido a la consulta de diferentes meta-análisis que han estudiado las fortalezas y los puntos a mejorar de las investigaciones en este campo. El meta-análisis reciente más ambicioso y con mayor calidad metodológica lo realizaron Waldron y Turner (2008). El citado estudio se caracterizó por tener una amplia variación en la muestra de estudio, una amplia variedad en las herramientas de evaluación, una visión general y completa de las modalidades de tratamiento actuales, un amplio espectro de los enfoques de intervención, una amplia cantidad de centros de investigación consultados y una metodología de análisis de los resultados contrastada, con lo que los resultados de dicha investigación son muy consistentes. El estudio de Waldron y Turner (2008) sintetiza los resultados obtenidos por 17 estudios sobre la evaluación de tratamientos ambulatorios para el abuso de sustancias en adolescentes. Los estudios seleccionados por dicho meta-análisis fueron escogidos por sus rigurosos diseños experimentales y su contrastada calidad metodológica. La investigación examinó 46 condiciones de intervención con una muestra total de 2.307 adolescentes. Las conclusiones del repaso de las investigaciones más recientes obtenidas por este estudio fueron las siguientes:

- Los estudios que evalúan Terapia Familiar Estratégica Breve (Por sus siglas en inglés BSFT) han demostrado que es una metodología de tratamiento probablemente eficaz para los trastornos por consumo de sustancias en adolescentes. La BSFT ha demostrado que tras su aplicación se produce una reducción clínicamente significativa en el consumo de sustancias. Aún así, a pesar de los muchos puntos fuertes en los estudios de BSFT, se clasifica esta terapia como probablemente eficaz debido al relativo pequeño tamaño del efecto (0,19).
- La Terapia Funciona Familiar (por sus siglas en inglés BFT) también puede ser considerado un enfoque de terapia familiar probablemente eficaz. La BFT ha sido ampliamente utilizada en los Estados Unidos, con repeticiones de los estudios realizados para la población de menores infractores. La BFT ha demostrado que, tras su aplicación, se produce una reducción clínicamente significativa en el consumo de sustancias.
- La Terapia Multisistémica (MST por sus siglas en inglés) es otro modelo que se ha asociado con reducciones significativas en el consumo de sustancia. La MST también se reconoce como un tratamiento efectivo para los trastornos de conducta y se ha difundido ampliamente en el tratamiento de este problema.
- Los estudios que han analizado la eficacia del tratamiento de la Terapia de Cognitivo-Conductual Individual (CMT-I por sus siglas en inglés) encontraron significativa la reducción en el abuso de sustancias en el post-tratamiento. Los resultados sugieren que la CMT-I es un método de intervención bien establecido para el tratamiento del abuso de sustancias en los adolescentes.
- Las investigaciones que evaluaron Terapia Cognitivo-Conductual Grupal (CBT-G por sus siglas en inglés) descubrieron que dicha técnica de intervención logró reducciones significativas y clínicamente significativas en el consumo de sustancias. Del mismo modo se clasificó a la CBT-G como un tratamiento bien establecido para el tratamiento del abuso de sustancias en la adolescencia (Waldron y Turner, 2008).

La tabla 5.2. resume los hallazgos de los estudios revisados por la investigación de Waldron y Turner (2008). En la tabla se citan los tratamientos utilizados por cada estudio, las pruebas de evaluación utilizadas para medir los cambios en la conducta de consumo en la muestra, el tamaño del efecto durante el tratamiento medido por el

estadístico d de Cohen, el tamaño del efecto del tratamiento comparando el pre-tratamiento con el post-tratamiento y las conclusiones más relevantes de cada estudio.

Tabla 5.2. Resumen de los estudios evaluados en Waldron y Turner (2008)

<i>Estudio</i>	<i>Condiciones de tratamiento</i>	<i>Instrumentos de medida</i>	<i>Tamaño del efecto Tratamiento</i>	<i>Tamaño del efecto Pre - Seg</i>	<i>Hallazgos clave</i>
Azrin et al. (2001)	a. CBT-I b. FBT	-Prueba de orina - Cronogramas	a. 0,49 b. 0,47	a. 0,59 b. 0,50	Ambos grupos de tratamiento mostraron reducciones significativas en el consumo y los problemas de comportamiento. La mejoría se mantuvo a los 6 meses de seguimiento.
Battjes et al. (2004)	a. MET + CBT-G b. Consejo + CBT-G	-Evaluación global de necesidades individuales.	na na	na na	Existen reducciones significativas en el consumo de marihuana en ambos tratamientos, sostenidas a los 12 meses de seguimiento.
Dennis et al. (2004)	<u>Prueba 1</u> a. MET=CBT5 b. MET=CBT12 <u>Prueba 2</u> c. FSN d. MET=CBT e. ACRA f. MDFT	-Prueba de orina. - Evaluación global de necesidades individuales. - Informes de terceros.	<u>Prueba 1</u> a. 0,40 b. 0,20 c. 0,47 <u>Prueba 2</u> d. 0,49 e. 0,46 f. 0,45	<u>Prueba 1</u> a. 0,40 b. 0,30 c. 0,35 <u>Prueba 2</u> d. 0,65 e. 0,46 f. 0,90	Todas las condiciones de tratamiento en ambos ensayos muestran reducciones significativas en el pre-post en el consumo de sustancias, bajando un poco la eficacia a los 12 meses de seguimiento.
Henggeler et al. (2002)	a. MST b. Control	- Prueba de orina. - Autoinforme	a. 0,38 b. 0,04	a. 0,34 b. 0,04	Los jóvenes que participaron en la MST informaron de una reducción significativa mayor en el consumo de drogas en comparación con el grupo control.
Kaminer y Burleson (1999)	a. CBT-G b. Grupo control	- Autoinforme	a. 1,08 b. 0,36	na na	La CBT-G demostró una mayor reducción en el consumo de sustancias en comparación con el grupo control.
Kaminer et al. (2002)	a. CBT-G b. Psico-educación	- Autoinforme	a. 1,20 b. 0,54	a. 1,20 b. 0,91	La CBT-G demostró una mayor reducción en el consumo de sustancias en comparación con el grupo control.

Tabla adaptada de Waldron y Turner (2008).

Tabla 5.2. Resumen del estudio Waldron y Turner (2008) (Continuación)

<i>Estudio</i>	<i>Condiciones de tratamiento</i>	<i>Instrumentos de medida</i>	<i>Tamaño del efecto Tratamiento</i>	<i>Tamaño del efecto Pre - Seg</i>	<i>Hallazgos clave</i>
Liddle et al. (2001)	a. MDFT b. AGT c. MEI	-Prueba de orina. -Autoinforme. -Informes de terceros.	a. 1,34 b. 0,54 c. 0,80	a. 1,28 b. 0,95 c. 0,92	Mejora significativa en todas las condiciones de tratamiento, con una mayor mejoría en la MDFT.
Liddle, Dakof, Turner y Tejada (2003)	a. MDFT b. CBT-I	-Prueba de orina. -Autoinforme. -Informes de terceros.	a. 0,46 b. 0,16	a. 0,74 b. 0,44	La MDFT demostró ser más eficaz en el tratamiento del consumo de drogas en que la CBT-I.
Liddle, Rowe, Dakof, Ungaro y Henderson (2004)	a. MDFT b. CBT-G	-Prueba de orina. -Autoinforme. -Informes de terceros.	a. 0,50 b. 0,36	a. 0,50 b. 0,44	Tanto la MDFT y como la CBT-G mostraron reducciones significativas en las tasas de consumo de sustancias, tanto en el post-tratamiento como en el seguimiento.
Robbins et al. (2007)	a. SET b. FAM c. Control	-Pruebas de orina -TLFB -ADAD	a. 0,60 b. 0,18 c. 0,02	a. 0,47 b. -0,28 c. 0,18	La SET mostró una reducción del uso de drogas significativamente mayor que la FAM o el grupo control.
Santisteban et al. (2003)	a. BSFT b. Control	- Pruebas de orina. - T-ASI.	a. 0,22 b. -0,03	na na	La BSFT mostró ser más eficaz que el grupo control en la reducción de consumo de marihuana y los problemas relacionados con los consumos.
Smith, Hall, Williams, An y Gotman, (2006)	a. 7C b. SOFT	- Evaluación global de necesidades individuales.	a. 0,46 b. 0,48	a. 0,45 b. 0,50	Ambas condiciones de tratamiento mostraron reducciones significativas en el pre y post tratamiento en el consumo de marihuana.
Stanton, Rempala y Conway, (2007)	a. TFT b. AGT	-Pruebas de orina. -TLFB; % de días de uso.	a. 0,48 b. 0,46	a. 0,50 b. 0,45	Ambos tratamientos redujeron el consumo de marihuana. La TFT tuvo mayor reducción de consumo a largo plazo que la AGT.
Waldron, Slesnick, Brody, Turner y Peterson, (2001)	a. FFT b. CBT-I c. CBT-G d. IBFT	-Pruebas de orina. -TLFB; % de días de uso.	a. 0,79 b. 0,00 c. 0,29 d. 0,43	a. 0,34 b. 0,02 c. 0,62 d. 0,46	Las condiciones de tratamiento FFT, CBT-G y IBFT mostraron reducciones significativas en el consumo de sustancias en el post y/o seguimiento. FFT y IBFT tienen mayor tasa de abstinencia que la condición CBT-I.

Tabla adaptada de Waldron y Turner (2008).

Tabla 5.2. Resumen del estudio Waldron y Turner (2008) (Continuación)

<i>Estudio</i>	<i>Condiciones de tratamiento</i>	<i>Instrumentos de medida</i>	<i>Tamaño del efecto Tratamiento</i>	<i>Tamaño del efecto Pre - Seg</i>	<i>Hallazgos clave</i>
Waldron, Ozechowski Turner y Brody, (2005)	a. FFT b. CBT-I c. CBT-G d. IBFT	-Pruebas de orina. -TLFB; % de días de uso.	a. 0,73 b. 0,61 c. 0,25 d. 0,33	a. 0,41 b. 0,87 c. 0,94 d. -0,04	Todas las condiciones de tratamiento mostraron reducciones significativas en el consumo de sustancias en el pos-tratamiento y seguimiento.
Waldron et al. (2007)	a. CBT-I b. IBFT c. CBT-I d. IBFT	-Pruebas de orina. -TLFB; % de días de uso.	a. 0,20 b. 0,38 c. 0,34 d. 0,38	a. 0,04 b. 0,26 c. 0,66 d. 0,26	Se produce una reducción significativamente mayor del consumo de marihuana en población hispana con el uso de la IBFT frente a la CBT-I. En población anglosajona los dos tratamientos resultaron eficaces.
Winters, Stinchfield, Opland, Weller y Latimer, (2000)	a. MM 12 Pasos b. Lista de espera (56 días)	-Pruebas de orina. -Autoinforme.	a. 0,55 b. 0,17	na na	La MM de 12 mostro diferencias significativas con el grupo control, demostrando con ello su eficacia.

Tabla adaptada de Waldron y Turner (2008). Nota: CBT-I = terapia individual cognitivo-conductual; MET/CBT12 = Terapia motivacional CBT-12 sesiones; MET/CBT5 = Terapia motivacional /CBT-5 sesiones; CBT-G = terapia grupal cognitivo-conductual; na = no aplicable; FSN = Red de apoyo familiar; ACRA = Enfoque del refuerzo comunitario a los adolescentes; AGT = terapia de grupo de adolescentes; MEI = intervención educativa multifamiliar; SET = Terapia de ecosistemas estructurales; FAM = Terapia de familia; TLFB = Terapias fundamentadas en la línea de vida; BSFT = Terapia familiar estratégica; 7C = Terapia de los siete desafíos; SOFT = Terapia de familia orientada a las fortalezas; TFT = Terapia familiar de transición; FFT = Terapia de familia funcional; IBFT = Terapia de conducta y familiar integrada. MM12 = Minnesota 12 pasos; TFLB = Procedimiento de tratamiento a través de línea de vida; Tamaño del efecto Pre - Seg = tamaño del efecto calculado a través de puntuaciones pre y post-tratamiento.

Para el cálculo del tamaño de los efecto Waldron y Turner (2008) utilizaron en su estudio el estadístico *d* de Cohen. Este índice se calcula como la diferencia media entre un tratamiento y una condición de control dividido por una estimación de la desviación típica. Con dicho estadístico se calculó el tamaño del efecto del tratamiento (diferencia media entre el inicio y un punto de observación cerca del final del tratamiento, dividido por la desviación típica de la línea de base), el tamaño del efecto post-tratamiento (diferencia media entre el inicio y el seguimiento después del tratamiento, dividido por la desviación típica de la línea de base) y el índice compuesto (promedio de los dos tamaños del efecto). Este tamaño del efecto compuesto proporciona un índice global que refleja el cambio durante el tratamiento e inmediatamente después del tratamiento. Para facilitar la comprensión de los datos expuestos se debe de recordar que los valores de la *d* de Cohen que se encuentran en torno a 0,20 indican un tamaño del efecto pequeño. Los valores de la *d* de Cohen que se

encuentran entre el 0,40 y el 0,50 indican un tamaño del efecto medio y por último el tamaño del efecto que se encuentra en torno al 0,80 son tamaños de efecto grandes.

El meta-análisis de Waldron y Turner (2008) examinó el tamaño del efecto del tratamiento en los tres tipos de intervención que se demostraron ser más eficaces, la terapia cognitivo-conductual individual (CBT -I), la terapia cognitivo-conductual grupal (CBT -G) y la terapia familiar (FT). Los resultados del meta-análisis indicaron lo siguiente:

- Existen cambios significativos entre el pre y el post-tratamiento en las condiciones de control de tratamiento mínimo (d de Cohen medio de los estudios = 0,19), aun que el tamaño del efecto de estas condiciones es pequeño.
- El tamaño del efecto del grupo control, con un tratamiento mínimo, fue significativamente menor que el tamaño del efecto medio de las tres condiciones de tratamiento a estudio (d de Cohen medio de los estudio = 0,45, que indica un tamaño de efecto medio Vs d de Cohen medio de los estudios control = 0,19).
- Existe heterogeneidad residual significativa entre las estimaciones del tamaño del efecto de las tres condiciones experimentales, lo que indica que no todos los tratamientos a estudio (CBT -I, CBT - G y FT) son igualmente eficaces en la reducción de uso de la marihuana en comparación con la condición mínima de control.
- Para evaluar la diferencia del tamaño del efecto de las tres condiciones de tratamiento los autores crearon tres vectores ficticios que contrastaban cada condición con las condiciones mínimas del grupo control con un tratamiento mínimo. Los resultados del análisis indicaron que los contrastes ficticios para FT y para la CBT-G fueron estadísticamente significativo de la condición mínima de control de tratamiento, pero la CBT-I, no fue significativamente diferente, lo que indica que la FT y la GBT-G muestran una mayor robustez a la hora del tratamiento del consumo de drogas en adolescentes.

A modo de resumen del estudio de Waldron y Turner (2008) se puede concluir que dos enfoques de tratamiento, la terapia familiar y terapia cognitivo-conductual grupal, son modelos bien establecidos para el tratamiento de abuso de sustancias en la adolescencia. Por otro lado, existen una serie de modelos que son probablemente eficaces pero que aun precisan de un mayor profundidad en su investigación, dentro de

los que destacan la terapia cognitivo-conductual individual. Por último, se concluye que ninguno de los enfoques de tratamiento parece ser claramente superior a cualquier otro en términos de la efectividad del tratamiento, aunque dos enfoques han demostrado su robustez, la terapia familiar y la terapia cognitivo-conductual grupal. El trabajo de Waldron y Turner (2008) ha puesto de relieve la situación de la investigación en el tratamiento de los consumos de drogas en los adolescentes. Este meta-análisis ha ofrecido una valiosa información sobre que estrategias de intervención son las más eficaces en la actualidad, destacando muy favorablemente la Terapia Cognitivo-Conductual Grupal y la Terapia Familiar como herramientas eficaces y ampliamente testadas para el tratamiento de los consumos de drogas en adolescentes. A pesar de la rigurosidad del estudio de Waldron y Turner (2008) y de la amplia muestra de estudios utilizada, los autores no han podido determinar cual de las dos intervenciones, la FT o la GBT-G, es más eficaz para el tratamiento de drogas en adolescentes.

Existen diferentes estudios que han analizado la situación del tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas en menores infractores. Entre los estudios más recientes existe controversia entre las diferentes ramas de investigación, las cuales mantienen tesis enfrentadas en cuanto cual puede ser el tratamiento más eficaz en el consumo de drogas en adolescentes que se encuentran cumpliendo una medida judicial. En el presente apartado se van a exponer las conclusiones de los tres meta-análisis más recientes que han evaluado la eficacia de dichos tratamientos.

Tripodi, Bender y Litschge (2010) realizaron un meta-análisis para evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas con adolescentes con medidas judiciales que mostraban consumo problemático de alcohol. El objeto del análisis fue comparar la eficacia de las intervenciones basadas en la familia frente a la eficacia de las intervenciones basadas en la persona. Las variables que se midieron en este estudio, y que todos los estudios medían, fueron la abstinencia de alcohol, la frecuencia del consumo y la cantidad de consumo de alcohol. El criterio de inclusión de los estudios en el meta-análisis consistió en que dichos estudios realizaran evaluaciones repetidas en el tiempo entre un mes y un año tras la finalización del tratamiento. Los investigadores concluyeron que todas las intervenciones dirigidas a reducir el consumo de alcohol parecen tener éxito, y que las intervenciones con los mayores efectos fueron Terapia Cognitivo-Conductual integrada con el método de los 12 pasos (Tomlinson, Brown y Abrantes, 2004), la Entrevista Motivacional Breve (D'Amico, Miles, Stern y Meredith,

2008), el seguimiento tras la Intervención combinado con Terapia Cognitivo Conductual (Kaminer, Burleson, y Burke, 2008) y la Terapia Familiar Multidimensional (Liddle et al., 2001). Contrariamente a lo descubierto en investigaciones anteriores (Stanton y Shadish, 1997) los resultados de este estudio concluye que los efectos del asesoramiento individual fueron más potentes que las intervenciones basadas en la familia. La última conclusión de este estudio es que los efectos de intervención, en su mayor parte, disminuyen con el tiempo, ya que los tamaños del efecto combinados fueron menores para los estudios que contenían un período de seguimiento de más de seis meses que los estudios con un período de seguimiento de menos de seis meses.

Un meta- análisis similar más reciente (Tripodi y Bender, 2011) realizó una comparativa entre 10 estudios que evaluaban la eficacia de los tratamientos del consumo de alcohol y marihuana en menores infractores. El presente estudio reveló que las intervenciones que se han demostrado eficaces en población sin problemas con la justicia no obtienen tan buenos resultados en la población de menores infractores. Estos datos sugieren que el cambio de la conducta de consumo en delincuentes juveniles es más costosa al añadirse un factor de riesgo tan potente como la conducta antisocial (Tripodi y Bender, 2011). El presente estudio también reveló que los efectos de los tratamientos basados en el individuo son particularmente menos eficaz entre los delincuentes juveniles, mientras que los enfoques basados en la familia son más eficaces, acercándose a las tasa de eficacia obtenida en población no delincuente. A pesar de los efectos más pequeños del tratamiento, en comparación con adolescentes consumidores sin medidas judiciales, varios enfoques de intervención basados en el trabajo con la familia han mostrado ser eficaces para reducir el uso de sustancias entre los jóvenes infractores (Tripodi y Bender, 2011), como puedan ser la Terapia Multisistémica (MST), el Cuidado Tutelar Terapéutico (MTFC), las Escuelas de Padres (TF) y los programas de Intervención Cognitivos-Conductuales (LST).

El meta-análisis más reciente que se ha publicado en relación al estudio de la eficacia de los tratamientos del consumos de drogas en menores infractores lo han realizado Baldwin, Christian, Berkeljon y Shadish (2012). En este meta-análisis, se evaluó los efectos post-tratamiento de cuatro técnicas fundamentadas en el trabajo con la familia a través del análisis 24 estudios. El objetivo fundamental del estudio fue comparar la eficacia de la Terapia Estratégica Familiar Breve (BSFT; Szapocznik,

Hervís, y Schwartz, 2003), la Terapia Familiar Funcional (FFT; Alexander y Parsons, 1982), la Terapia Familiar Multidimensional (MDFT; Liddle y Hogue, 2001) y la Terapia Multisistémica (MST; Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, y Cunningham, 1998), frente a la eficacia de técnicas convencionales, tratamientos alternativos y un grupo control. Los resultados de este meta-análisis sugieren que los menores infractores con problemas de abuso de sustancias que reciben BSFT, FFT, MDFT o MST tuvieron mejores resultados que los participantes que recibieron un tratamiento alternativo. Aunque estas diferencias fueron estadísticamente significativas, el efecto del tratamiento fue relativamente pequeño. Las diferencias entre las diferentes terapias familiares no fueron estadísticamente significativas, con lo que no hubo pruebas suficientes para determinar si los distintos modelos de terapia de familia difieren en su eficacia. Tras el análisis detallado de la bibliografía, a modo de resumen, se puede concluir que se han encontrado varios enfoques de intervención basados en el trabajo con la familia que han mostrado ser eficaces para reducir el uso de sustancias entre los jóvenes infractores (Tripodi y Bender 2011), como pueden ser la Terapia Multisistémica (MST), el Cuidado Tutelar Terapéutico (MTFC), las Escuelas de Padres (TF) y los programas de Intervención Cognitivos-Conductuales (LST).

A modo de resumen del presente apartado se puede concluir que dos enfoques de tratamiento, la terapia familiar y terapia cognitivo-conductual grupal, son modelos bien establecidos para el tratamiento de abuso de sustancias en la adolescencia. Por otro lado existen una serie de modelos que son probablemente eficaces pero que aun precisan de una mayor profundidad en su investigación. Del mismo modo, se puede concluir que ninguno de los enfoques de tratamiento parece ser claramente superior a cualquier otro en términos de la efectividad del tratamiento, aunque dos enfoques han demostrado su robustez, la terapia familiar y la terapia cognitivo-conductual grupal. Las tres líneas de investigación muestran similitudes a la hora de trabajar con los adolescentes, llegando a poder compaginarse los modelos de tratamiento, ganando con ello eficacia las intervenciones realizadas (Henggeler et al., 2002; Waldron et al., 2001). Por último se ha de destacar que, en el tratamiento del consumo de drogas en menores infractores, parece haber un mayor número de estudios orientados a afianzar la terapia de familia como herramienta principal de tratamiento.

PARTE SEGUNDA

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

En España, los profesionales que trabajan en el ámbito de la delincuencia juvenil presentan la obligación de poner en práctica las exigencias que establece la actual Ley de Responsabilidad Penal de los Menores, L - 5/2000 (Boletín Oficial del Estado, 2000). Una de las más importantes es la necesidad de aplicar programas de tratamiento con las mayores garantías posibles de eficacia. De esta necesidad surge la colaboración entre la Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor (ARRMI) y la Universidad Complutense de Madrid.

En este trabajo de investigación se han utilizado datos cedidos por la ARRMi, dichos datos han sido recogidos en cuestionarios adaptados y desarrollados por profesionales de la Universidad Complutense de Madrid y los diferentes equipos técnicos del Centro participante en el estudio, fruto de la colaboración de las dos entidades que durante años se ha realizado.

Cuando se inició la redacción de la presente tesis doctoral una de las premisas básicas fue la de intentar mejorar los procedimientos, estrategias y protocolos de intervención con la población a estudio. Durante la revisión de protocolos de actuación y de tratamiento de diferentes entidades, tanto públicas como privadas, se ha podido constatar que cada Centro utiliza un modelo diferente a la hora de la intervención con los menores; Esto implica que el tratamiento terapéutico de los menores no es homogéneo.

Desde la necesidad de estandarizar criterios y protocolos para medir la eficacia de la intervención y mejorar el rendimiento de los recursos asignados, la ARRMi en colaboración con la Universidad Complutense de Madrid, desarrolló el Programa Central de Tratamiento Educativo y Terapéutico para Menores Infractores, desarrollado por Graña y Rodríguez (2011). Este programa comenzó a aplicarse en todos los centros de la Comunidad de Madrid a finales de 2010, homogeneizando parte de la intervención que se realiza con los menores. Este programa aborda el tratamiento del delito cometido por los menores, siendo un proyecto ambicioso y una herramienta muy potente para los trabajadores de este sector. Pero son necesarias más herramientas, ya que en la conducta delictiva son múltiples los factores que interaccionan para su aparición. Uno de los factores que interacciona con mayor fuerza con la conducta delictiva y que tradicionalmente se ha vinculado a ella ha sido el consumo de drogas. En la actualidad no existe ningún programa que unifique la intervención en este campo y parece de interés que, al igual que se realizó con el Programa Central de Tratamiento Educativo y

Terapéutico para Menores Infractores, se desarrolle una herramienta que unifique el trabajo de los profesionales de la Comunidad de Madrid en este campo.

El objetivo por tanto de la presente tesis doctoral será desarrollar un nuevo programa de intervención sobre el consumo de drogas en menores que se encuentran cumpliendo una medida judicial y evaluar su eficacia.

Capítulo 6

Objetivos e hipótesis

6.1. Objetivos

El objetivo fundamental de esta investigación es el desarrollo de un programa de intervención en el consumo, abuso y dependencia de drogas en menores infractores, su adaptación a este colectivo y la cuantificación de su eficacia. Del mismo modo también se pretende determinar que variables influyen en mayor medida en la reincidencia delictiva de los sujetos evaluados, realizando hincapié en el análisis de la variable consumo de drogas.

A continuación se va a pormenorizar cada uno de los objetivos de la presentes tesis doctoral:

1º. Redacción de un programa específico para el tratamiento del consumo de drogas en menores infractores.

- a) Adaptación de las técnicas con mayor eficacia en la intervención en el tratamiento del consumo de drogas en adolescentes a las características particulares de la población diana.
- b) Redacción de un programa de intervención fundamentado en las técnicas que han demostrado mayor eficacia tras el repaso de la literatura científica.
- c) Estructuración de una manera coherente y realista la intervención en forma y tiempo, acorde con los medios de los que se dispone.

2º. Descripción de las características de la población diana:

- a) Investigar acerca de los factores de riesgo y de protección presentes en la población diana y realizar una caracterización de la muestra a estudio.
- b) Adaptación de la intervención en función de los datos obtenidos sobre la presencia de factores de riesgo o de protección.

3º. Medición la eficacia de la intervención:

- a) Evaluación de la posible reducción de los problemas asociados al consumo de drogas en los menores que han participado en el programa.
- b) Evaluación de la tasa de reincidencia de los menores que han participando en el programa.
- c) Identificación de las variables predictoras de la reincidencia delictiva.

6.2. Hipótesis

Durante el desarrollo de la fase experimental se va a evaluar el nivel de eficacia del tratamiento en el consumo de drogas que se ha desarrollado dentro del Centro de Ejecución de Medidas Judiciales Teresa de Calcuta integrado en la Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor de la Comunidad de Madrid. Para ello se van a contrastar cinco hipótesis:

1º Tanto el grupo control como el grupo experimental presentan multitud de factores de riesgo y ausencia de factores de protección ante la conducta de consumo de drogas, que explican la génesis y mantenimiento de la conducta problema previa al internamiento.

2º El efecto de la comunidad terapéutica por si solo es estadísticamente significativo. Los menores que han sido internados en el Centro Teresa de Calcuta y no han sido sometidos a ningún tipo de terapia para el tratamiento del consumo de drogas reducen, tras su internamiento, el consumo de drogas de manera estadísticamente significativa.

3º Los participantes incluidos en el grupo experimental puntúan significativamente más bajo en las variables que miden la problemática asociada al consumo de drogas que los del grupo control en el seguimiento tras el internamiento.

4º El desarrollo de la intervención terapéutica reduce las puntuaciones de las variables que miden los factores de riesgo para la conducta de consumo de drogas durante el internamiento de todos los participantes del estudio.

5º Los menores no reincidentes tienen puntuaciones menos elevadas en el post-tratamiento en las variables que miden los problemas asociados al consumo de drogas.

6º Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental en la variable que mide la tasa de reincidencia delictiva, obteniendo menor tasa de reincidencia los participantes del grupo experimental.

Capítulo 7

Método

7.1. Participantes

El Programa de Tratamiento Educativo y Terapéutico para el Consumo de Drogas en Menores Infractores (Graña y Fernández-Moreno, 2015) se ha aplicado a 132 menores en 15 grupos desde finales del año 2010. Cinco de estos grupos fueron destinados a población de salud mental con régimen de internamiento terapéutico, un grupo fue destinado a policonsumidores muy deteriorados con régimen de internamiento terapéutico de drogodependencias, un grupo se destinó a participantes con necesidades especiales carentes de habilidades de lectoescritura y, por último, se realizaron ocho grupos de participantes en régimen ordinario con un nivel aceptable de lectoescritura. Los grupos ordinarios suelen componerse de diez miembros, los grupos terapéuticos de siete y el grupo de necesidades especiales de cinco participantes. Se adecuó el número de participantes a las capacidades cognitivas de los mismos y a su nivel atencional.

El grupo experimental se compone de menores que han pasado por el Programa de Tratamiento Educativo y Terapéutico para el Consumo de Drogas en Menores Infractores (Graña y Fernández-Moreno, 2015) y han sido puestos en libertad, con un mínimo de 12 meses de seguimiento. La muestra total se compone de 56 participantes. La muestra no ha podido ser mayor ya que los 76 participantes restantes que han pasado por el programa de tratamiento o aún están cumpliendo una medida de internamiento o no han cumplimentado el periodo mínimo de seguimiento.

Para poder medir el efecto de la intervención se van a comparar los resultados del estudio longitudinal de los participantes de las terapias, grupo experimental, con un grupo de participantes con las mismas características que no han participado de dichas terapias, grupo control. El grupo control está compuesto por 43 internos del Centro Teresa de Calcuta que no han sido sometidos a la terapia de tratamiento y han sido puestos en libertad con un seguimiento de al menos 12 meses de duración. Por razones éticas no se ha podido realizar un grupo control aleatorio, ya que supondría dejar sin tratamiento a la mitad de la muestra, hecho inasumible en un internamiento que está diseñado como una intervención terapéutica. Esta dificultad se ha podido solventar recogiendo datos de internos que no han podido realizar la terapia de grupo y han puntuado 4 o 5 en la Escala de gravedad para el entrevistador en el consumo de drogas de prueba, T - ASI en su adaptación a población española (Díaz y Castro-Fornieles, 2008), criterio utilizado por los profesionales para la inclusión de los menores en el

programa de tratamiento (grupo experimental). Los menores del grupo control no han participado o porque no tenían el tiempo necesario de medida para concluir la terapia o porque tenían un horario incompatible con las mismas. Los requisitos fundamentales para la inclusión en el grupo control de los participantes fueron tres:

1) Puntuar 4 o 5 en la Escala de gravedad para el entrevistador en el consumo de drogas de la prueba Índice de Severidad de la Adicción - Adolescentes, T - ASI (Díaz y Castro-Fornieles, 2008)

2) Estar interno en el Centro Teresa de Calcuta durante el periodo de febrero de 2010, inicio de las terapias de tratamiento, hasta junio de 2012. Los menores incluidos en el grupo control deben haber estado en libertad al menos 12 meses para poder evaluar su nivel de reincidencia.

3) No haber realizado la terapia de tratamiento en drogodependencias fundamentado en el manual Programa de Intervención Educativa y Terapéutica para el Consumo de de Sustancias en Menores Infractores (Graña y Fernández-Moreno, 2015).

El objetivo por el que los internos incluidos en el grupo control han coincidido en el mismo tiempo con los del grupo experimental en el mismo Centro es eliminar variables contaminadoras que pudieran influir en los resultados del experimento.

Las características específicas de la muestra serán descritas en el apartado de resultados, donde se describirán las variables socio-demográficas de manera pormenorizada.

7.2. Diseño

Para poder conseguir los objetivos planteados el diseño de la investigación es de corte longitudinal, ya que se evaluó a los mismos participantes a lo largo del tiempo en diferentes momentos, al inicio del ingreso, durante el internamiento y tras el internamiento.

Las variables que se van a analizar en este trabajo para comprobar las hipótesis planteadas son las siguientes:

1. Hipótesis relativas a los factores de riesgo previos al internamiento:

a) Variables dependientes que se utilizarán para analizar los factores de riesgo ante el consumo de drogas más prevalentes en población adolescente:

- Variables de la conducta delictiva previa al internamiento.
- Variables familiares previas al internamiento.
- Variables escolares previas al internamiento.
- Variables del grupo de iguales previo al internamiento.
- Variables de personalidad y conducta previas al internamiento.
- Presencia de intervenciones para tratamiento de consumo de drogas previas al internamiento.

2. Hipótesis relativas a la tipología de consumo:

- a) Variables dependientes que se utilizarán para analizar los tipos de consumos de los adolescentes:
 - Frecuencia de consumo.
 - Gravedad de los consumos.
 - Tipología de consumo (abstemio, experimental, abusivo, compulsivo).
 - Necesidad de tratamiento.
- b) Variables independientes que se utilizarán para clasificar los problemas asociados al consumo de drogas:
 - Problemática social.
 - Problemática laboral.
 - Problemática escolar.
 - Problemática familiar.
 - Problemática de salud mental.
 - Problemática legal.

3. Hipótesis relativas a la eficacia del tratamiento:

- a) Variables dependientes:
 - Consumo de alcohol.
 - Consumo de cannabis.
 - Consumo de cocaína.
 - Consumo de éxtasis.
 - Consumo de inhalantes.
 - Consumo de benzodiacepinas.
 - Consumo de heroína.

b) Variables independientes: Para comparar la eficacia del tratamiento entre el grupo experimental y el grupo control las variables independientes son:

- Grupo de tratamiento
- Momento de la evaluación, con dos valores: pre-tratamiento y pos-tratamiento.

4. Hipótesis relativas a la evolución de los participantes durante el internamiento:

a) Variables dependientes:

- Puntuación de riesgo del historial delictivo.
- Puntuación de riesgo de las pautas educativas.
- Puntuación de riesgo de la educación formal o el empleo.
- Puntuación de riesgo del grupo de iguales.
- Puntuación de riesgo del consumo de drogas.
- Puntuación de riesgo del ocio y tiempo libre.
- Puntuación de riesgo de personalidad o conducta.
- Puntuación de riesgo sobre actitudes, valores y creencias.

b) Variables independientes: para comparar la evolución de los participantes durante el internamiento la variable independiente es: Momento de la evaluación, con cinco valores como máximo.

5. Hipótesis relativas a la reincidencia delictiva, donde la reincidencia delictiva es la variable dependiente:

a) Variable dependiente: reincidencia delictiva, entendida como presencia de ingreso o no en prisión o Centro de Ejecución de Medidas Judiciales después del tratamiento, entre 12-24 meses tras la finalización de la medida judicial. Estas medidas (controles específicos) fueron obtenidas a través de la colaboración con la Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor de la Comunidad de Madrid e Instituciones Penitenciarias.

b) Variables independientes:

- Edad de los participantes
- Tipo de medida judicial

- Tipología de familia
- Nivel socioeconómico familiar
- Nivel cultural familiar
- Falta de relaciones sociales
- Tipología de amistades
- Presencia de amistades disociales
- Pertenencia a grupo violento
- Pertenencia a banda
- Grupo de amistades mayores
- Pertenencia a grupo experimental o control

6. Hipótesis relativas a la reincidencia delictiva, donde la reincidencia delictiva es la variable independiente:

a) Variables dependientes:

- Factor de riesgo total de la prueba IGI-J previo al internamiento
- Factor de riesgo el haber cometido delitos previos al internamiento
- Factor de riesgo consumo de drogas anterior al internamiento
- Factor de riesgo en pautas educativas previas al internamiento
- Factor de riesgo en el ocio y diversión previos al internamiento
- Factor de riesgo en la educación y empleo previo al internamiento
- Factor de riesgo en de personalidad y conducta previa al ingreso
- Factor de riesgo en la relación con iguales previa al ingreso
- Factor de riesgo en relación a actitudes, creencias y valores previas al internamiento
- Problemas en consumo de drogas tras el internamiento
- Problemas escolares tras el internamiento
- Problemas de empleo y soporte vital tras el internamiento
- Problemas en el ámbito familiar tras el internamiento
- Problemas en el ámbito social tras el internamiento
- Problemas en el ámbito legal tras el internamiento
- Problemas en el ámbito de salud mental tras el internamiento

b) Variable independiente: reincidencia delictiva

7.3. Medidas

Los instrumentos de evaluación que se han utilizado para el desarrollo de la presente investigación se encuentran en los anexos y a continuación se realizará una breve descripción de los mismos.

a) Índice de Severidad de la Adicción - Adolescentes (T-ASI). Esta prueba la desarrollaron Kaminer et al. (1991) para población estadounidense. Para la presente investigación se ha utilizado la adaptación a la población española realizada la Universidad de Oviedo (Díaz y Castro-Fornieles, 2008). El Índice de Gravedad de la Adicción (T-ASI) es una entrevista estructurada breve diseñada para proporcionar información importante sobre aspectos de la vida del paciente que pueden contribuir al abuso de sustancias y/o síndrome de dependencia. Es un primer paso en el desarrollo del perfil del paciente para el uso posterior del personal clínico e investigador. Así, es particularmente importante que el paciente y los padres del paciente o cuidadores perciban la entrevista como un primer paso clínico en un intento de ayudarlo (Kaminer et al., 1991). El T-ASI es una nueva versión modificada del ASI original desarrollado por McLellan Luborski, Cacciola y Griffith (1980) basado en diez años de experiencia llevando a cabo entrevistas con el ASI, un instrumento diseñado para adultos, que evaluaba inadecuadamente a los adolescentes. La necesidad de desarrollar este instrumento radica en el hecho de que muchos adolescentes van al colegio, residen con sus padres, no son económicamente independientes, y carecen de relaciones maduras (adultas). Se han añadido nuevas preguntas y categorías para incluir dichos factores. Puesto que el adolescente no siempre es un buen informador del tiempo y de la situación, también se le administrará la misma entrevista a sus padres o cuidadores a ser posible. Durante la aplicación en el centro Teresa de Calcuta solo se aplicó a los adolescentes, no a la familia, debido a las dificultades que el contexto de internamiento conlleva.

Durante la entrevista el terapeuta indaga sobre las siete áreas de problemas potenciales durante el mes previo a la evaluación. Estas áreas comprenden: drogas, colegio, empleo/soporte, familia, iguales/social, legal y psiquiátrica. De esta información se van a completar tres escalas:

1 Escala de autoevaluación del paciente: esta escala de cinco puntos la empleará el paciente para responder preguntas subjetivas de cada área problema y se le presentará

como referencia en este punto de la entrevista.

2 Escala de gravedad para el entrevistador: todas las medidas se basan en respuestas a las preguntas objetivas y subjetivas dentro de cada área. Para los propósitos de esta entrevista, la gravedad se definirá como la necesidad de tratamiento adicional y se basará en los informes de cantidad, de duración y de intensidad de los síntomas en el área problema. Se detalla a continuación la descripción de las puntuaciones:

0 = No tiene problema, no necesita tratamiento.

1 = Problema leve, probablemente no necesita tratamiento.

2 = Problema moderado, algún tratamiento indicado.

3 = Problema considerable, tratamiento necesario.

4 = Problema extremo, tratamiento absolutamente necesario.

3 Escala de validez: si el comportamiento del paciente sugiere claramente que no responde con sinceridad (ej. Negaciones constantes y rápidas) o si hay discrepancias en los datos debido a informaciones contradictorias que el paciente no puede justificar, el entrevistador deberá indicar la falta de validez de la información.

En su adaptación española (Díaz y Castro-Fornieles, 2008), el T-ASI presenta una excelente validez en su escala de abuso de sustancias. La puntuación obtenida en esta dimensión se correlaciona directamente con el consumo de cualquier tipo de sustancia ($Rho = 0,90$) así como con los problemas generados ($Rho = 0,69$). Todas las escalas, a excepción de la correspondiente al estado psiquiátrico, presentan una adecuada validez concurrente con el Children's Behavior Checklist (Achenbach y Rescorla, 2001), permitiendo discriminar entre adolescentes con y sin un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias.

b) Inventario de Gestión e Intervención con Jóvenes (IGI-J): Se ha utilizado la adaptación a población española de Garrido, López y Silva (2006), presentada en el Anexo I. Esta adaptación se realizó a partir de la prueba original “*Youth Level of Service/Case Management Inventory*” (YLS/CMI) desarrollada por Hoge y Andrews (2003). Con el IGI-J se pretende poder evaluar información relativa a múltiples factores identificados en las investigaciones como factores de riesgo y/o protección para la reincidencia general y violenta en menores infractores.

El IGI-J consta de 42 ítems agrupados en 8 factores de riesgo/protección que son valorados mediante la información obtenida en entrevistas con el menor y la información obtenida de otras fuentes (padres, educadores, informes escolares, informes

clínicos, expediente judicial, etc.). Además, el IGI-J permite clasificar a los menores infractores en tres niveles de riesgo de reincidencia para cada uno de los ocho factores de riesgo evaluados (bajo, medio y alto), aportando también un nivel de riesgo de reincidencia general que se divide en cuatro grados: bajo (0 – 8), medio (9 – 22), alto (23 – 34) y muy alto (35 – 42).

Los resultados obtenidos en diversas investigaciones indican que el IGI-J conforma un método adecuado de evaluación de los factores de riesgo, protección y necesidades, orientado a la valoración del riesgo de reincidencia general, la identificación de objetivos de intervención, la planificación de la intervención y a la guía del proceso de seguimiento.

En la tabla 7.1 que se presenta a continuación se recogen los 8 ámbitos que se evalúan en el IGI-J.

Tabla 7.1. Apartados del IGI-J

- | |
|-----------------------------------|
| 1. Historial delictivo |
| 2. Pautas educativas |
| 3. Educación formal/Empleo |
| 4. Grupo de iguales |
| 5. Consumo de drogas |
| 6. Ocio/Diversión |
| 7. Personalidad/Conducta |
| 8. Actitudes, valores y creencias |

Graña, Garrido y González (2007) realizaron un estudio donde el IGI-J mostró unos importantes indicadores de fiabilidad y validez. La fiabilidad obtenida con el coeficiente *alfa de Cronbach* ha sido adecuada, de 0,88. En cuanto a los datos acerca de su validez, todas las escalas de riesgo menos una (ocio y diversión) discriminaron entre los reincidentes y los no reincidentes. Y algo muy importante por sus connotaciones para la intervención: cuando las puntuaciones de cada una de las escalas de riesgo se agruparon en tres niveles de riesgo (bajo, medio y alto), las diferencias siguieron manteniéndose en el total de la prueba y en cinco de las escalas. Finalmente, el análisis de la validez predictiva ofreció un valor de 0,71, lo que confirma su buena capacidad predictiva. En este estudio el coeficiente de fiabilidad *alpha* para la escala total fue de 0,63.

c) Historial Criminológico y Social: Versión Juvenil (HCS-J): este historial es un cuestionario de registro de información sobre diversos aspectos sociales y delictivos del menor que ha sido diseñado y utilizado previamente en distintos estudios sobre reincidencia y criminalidad por Graña (2010). Está compuesto por ocho apartados generales a través de los cuales se recoge información contrastada relativa a las características criminológicas y sociales del menor infractor. El HCS-J es una herramienta de uso interno de la Agencia para la Reeducción y Reinserción de la Comunidad de Madrid, siendo aplicada a cada adolescente que entra en el sistema de justicia juvenil de la Comunidad de Madrid. En la tabla 7.2. se recogen todos los apartados que componen el HCS-J.

Tabla 7.2. Apartados del HCS-J

- | |
|---|
| 1. Historial judicial/administrativo |
| 2. Historial familiar y socio-económico |
| 3. Historial escolar/formativo |
| 4. Historial laboral |
| 5. Historial de relación, ocio y tiempo libre |
| 6. Historial de consumo de drogas. |
| 7. Historial de salud mental |
| 8. Historial de personalidad/conducta |

d) Medición de la reincidencia delictiva: una de las medidas más relevantes para el desarrollo de la presente tesis doctoral ha sido la evaluación de la reincidencia delictiva. Para determinar si un participante ha reincidido o no durante el periodo de seguimiento se ha establecido como criterio definitorio un nuevo ingreso del joven, ya sea en Centro de Ejecución de Medidas Judiciales o en Prisión, debido a la comisión de un nuevo delito tras el internamiento en el Centro Teresa de Calcuta. Dicho criterio tiene ciertas limitaciones, ya que no todos los participantes que vuelven a cometer delitos son detectados por la policía.

Para la evaluación de la reincidencia delictiva de los participantes del presente estudio se consultó las bases de datos de Instituciones Penitenciarias y de la Agencia para la Reinserción y Reeducción del Menor Infractor de la Comunidad de Madrid, donde se pudo constatar que participantes habían vuelto a ingresar en el sistema de justicia debido a la comisión de nuevos delitos.

7.4. Procedimiento

7.4.1. Redacción del programa de tratamiento

La redacción del Programa de Intervención Educativa y Terapéutica para el Consumo de Drogas en Menores Infractores (Graña y Fernández-Moreno, 2015) es un trabajo que nace de la colaboración de dos entidades, La Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor de la Comunidad de Madrid (ARRMI) y la Universidad Complutense de Madrid (U.C.M.). El equipo de investigación, compuesto por el Catedrático Dr. José Luis Graña, por parte de la U.C.M., y el psicólogo Álvaro Fernández-Moreno, por parte de la ARRMi, han elaborado la redacción de este manual, el cual ha sido aplicado ininterrumpidamente en el Centro de Ejecución de Medidas Judiciales Teresa de Calcuta desde el año 2010.

Como se ha descrito en la primera parte del presente trabajo, está ampliamente documentado que los programas de intervención con menores infractores con un enfoque fundamentado en la teoría de la entrevista motivacional han obtenido excelentes resultados. Del mismo modo, se ha descubierto que la intervención con las familias es fundamental en el éxito terapéutico. En diferentes estudios (Henggeler et al., 2002; Waldron et al., 2001) se ha demostrado que la combinación de la terapia familiar y la terapia cognitivo-conductual mejora los resultados de eficacia de las intervenciones realizadas sobre el consumo de drogas en adolescentes. Por todo ello, se decidió redactar un programa con fundamentos teóricos cognitivo-conductuales basados en la entrevista motivacional acompañado de técnicas de tratamiento de terapia familiar que permitan, no solo intervenir en el adolescente, sino en toda su red cercana de apoyo durante y tras el internamiento.

El programa tiene por objetivo, en primer lugar, generar en los participantes una motivación al cambio lo suficientemente fuerte como para poder abordar el programa terapéutico con garantías. Esta motivación al cambio se va a generar a través de estrategias cognitivas que van a guiar a cada participante hacia esa motivación al cambio sin un carácter directivo ni impositivo por parte del terapeuta. Para generar dicha motivación se trabajarán creencias irracionales, mitos y consecuencias a largo plazo de los consumos de drogas, ayudando a estos jóvenes a reconocer la importancia que tiene el consumo en su forma de funcionamiento psicológico e identificando cuáles son las consecuencias que el consumo tiene para el desarrollo de objetivos y metas personales que le ayuden a reinsertarse socialmente. Una vez se ha cumplido este

primer objetivo de generar una motivación al cambio sólida se evalúa cuáles son las opciones de cambio disponibles y se pide al participante que elija una y se comprometa a cumplirla. Evidentemente el terapeuta ha de guiar la elección de los participantes al abandono de los consumos. Una vez los participantes se han comprometido a mantener la abstinencia el segundo objetivo de este programa será dotarlos de las estrategias suficientes para lograr dicha meta. Para ello se entrenará a los participantes en la modificación del estilo de vida asociado a los hábitos de consumo, aprenderán a manejar el deseo de consumo (craving), y se expondrán las principales técnicas para prevenir la aparición de recaídas.

A la par que se trabaja con el interno sería conveniente iniciar una terapia grupal con la familia donde se realicen tareas de psicoeducación orientadas a formar a los participantes en los efectos y consecuencias de los consumos de drogas. Posteriormente, sería conveniente aportar a los familiares conocimientos sobre los ciclos de la adicción y las conductas de búsqueda de la sustancia. Con dichas acciones se pretende que los familiares tomen conciencia de las consecuencias de los consumos de drogas sin juzgar al adolescente ni minimizar o justificar sus actos. Tras ello se motivaría a los participantes a ser actores activos en el proceso de recuperación del adolescente, entrenando a los familiares en la detección y actuación ante la aparición de señales de riesgo de la ruptura de la abstinencia. Por último, se entrenaría a los familiares en habilidades sociales para la solución de conflictos intrafamiliares. Durante el desarrollo de toda la terapia con los familiares se ha de realizar un colchón emocional, evitando generar sentimientos de culpa desmesurados ante la situación del joven, dotando de herramientas útiles a cada participante para la solución de los conflictos que se planteen. En la Tabla 7.3. se presenta las sesiones del Programa de Tratamiento.

Tabla 7.3. Módulos y sesiones del programa de intervención

Módulo 1. Información sobre las drogas
Sesión 1. Presentación
Sesión 2. Información sobre el consumo de sustancias
Sesión 3. Drogas y conducta antisocial en la adolescencia
Módulo 2. Tomando conciencia, redacción de mi patrón de consumo
Sesión 1. Evaluación
Sesión 2. Percepción del riesgo de consumo de drogas
Sesión 3. Modelo final de mi patrón de consumo de drogas

Tabla 7.3. Módulos y sesiones del programa de intervención (continuación).

Módulo 3. Reestructuración de mis creencias, las consecuencias de mis consumos.
Sesión 1. Consecuencias del consumo
Sesión 2. Motivos para consumir drogas
Sesión 3. Análisis funcional del consumo de drogas
Módulo 4. Fases y procesos del cambio
Sesión 1. Evaluación de la disponibilidad al cambio
Sesión 2. Estadios de cambio y su aplicación a mi caso
Sesión 3. Entrevista motivacional
Módulo 5. Opciones de cambio
Sesión 1. Abstinencia
Sesión 2. Reducción gradual del consumo
Sesión 3. Sin compromiso de cambio
Módulo 6. Modificación del estilo de vida asociado al consumo.
Sesión 1. ¿Qué es el estilo de Vida?
Sesión 2. Evaluando diferentes estilos de vida
Sesión 3. Mi estilo de vida durante el consumo
Sesión 4. Plan de cambio personal
Módulo 7. Deshabituaación psicológica y manejo del deseo (craving)
Sesión 1. Concepto de deseo y sus dimensiones
Sesión 2. Técnicas conductuales
Sesión 3. Técnicas cognitivas
Sesión 4. Técnicas asertivas
Sesión 5. Integración de la intervención
Módulo 8. Prevención de recaídas
Sesión 1. Definición de factor de riesgo y prevención de recaídas.
Sesión 2. Identificación de factores y señales de riesgo ante la recaída.
Sesión 3. Plan de riesgo personal.
Módulo 9. Seguimiento y consolidación de la intervención en medio abierto
<p>Bloque 1. Fase de recaída.</p> <p>Sesión 1. Mi recaída y su análisis funcional.</p> <p>Sesión 2. Mi opción de cambio y sus razones.</p> <p>Sesión 3. ¿Qué podía haber hecho para evitar mi recaída?</p> <p>Sesión 4. Revisión de mi estilo de vida. ¿Qué ha fallado?</p> <p>Bloque 2. Fase de acción.</p> <p>Sesión 1. Situaciones en las que aún siento deseo.</p> <p>Sesión 2. Recuerdo de habilidades de afrontamiento ante la aparición del deseo.</p> <p>Sesión 3. Evaluación de mi actual estilo de vida.</p>

Tabla 7.3. Módulos y sesiones del programa de intervención (continuación).

Módulo 9. Seguimiento y consolidación de la intervención en medio abierto
Bloque 3. Fase de mantenimiento. Sesión 1. Mi camino hacia el cambio.
Módulo 10. Intervención con familias
Sesión 1. ¿Qué es la adolescencia? Sesión 2. ¿Qué es una droga? Tipos de droga y sus efectos. Sesión 3. Consecuencias del consumo de drogas en la adolescencia. Sesión 4. El ciclo de la adicción en la adolescencia. Sesión 5. Estilo de vida asociado al consumo de drogas. Sesión 6. Señales de riesgo ante la ruptura de la abstinencia. Sesión 7. Entrenamiento en habilidades de comunicación y solución de conflictos con adolescentes. Sesión 8. Aplicando lo aprendido a mi caso.

En la tabla 7.4. se presentan los objetivos de intervención para los módulos del programa de intervención.

Tabla 7.4. Objetivos generales del programa de intervención

MÓDULOS	OBJETIVOS GENERALES
Módulo 1. Información	<ul style="list-style-type: none"> - El adolescente debe generar un primer vínculo positivo con el terapeuta y el resto de los participantes, propiciando una relación cercana y un clima de participación entre los pacientes. - El adolescente debe poder realizar un análisis del proceso de cambio cognitivo-conductual en las drogodependencias. - Psicoeducar a los adolescentes en drogas: tipos, efectos físicos y psicológicos, efectos en diversos ámbitos vitales, mitos y creencias, ciclo de abuso y dependencia. - El adolescente debe analizar la relación entre conducta antisocial y consumo.
Módulo 2. Tomando conciencia, redacción de mi patrón de consumo	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de cada adolescente de su patrón de consumo. - Análisis de cada joven de la percepción de riesgo que tiene del consumo de drogas. - Desarrollo por parte del adolescente de un modelo final de consumo encaminado a obtener una exhaustiva comprensión de su patrón de consumo, realizando finalmente un plan personal de cambio.

Tabla 7.2. Objetivos generales del programa de intervención (continuación).

MÓDULOS	OBJETIVOS GENERALES
Módulo 3. Reestructuración de mis creencias, las consecuencias de mis consumos	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis funcional por parte del adolescente de sus conductas de consumo, así como de sus motivos para consumir, los efectos que el consumo tiene sobre la propia conducta y los factores de riesgo personales en cada caso concreto. - Modificación de las cogniciones distorsionadas asociadas a los consumos.
Módulo 4. Fases y procesos del cambio	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la posición de los participantes frente al abandono del consumo, concretando estadios y procesos de cambio en cada caso, analizando pros y contras del consumo y fomentando una discrepancia cada vez mayor entre el consumo y los valores de cambio en cada uno de los participantes.
Módulo 5. Opciones de cambio	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar detenidamente las diversas opciones de cambio que presentan los participantes frente al consumo (seguir consumiendo, reducción del consumo o abstinencia). - Analizar las posibles repercusiones de su decisión en diversos ámbitos de su vida.
Módulo 6. Modificación del estilo de vida asociado al consumo	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir estrategias y técnicas de cambio que ayuden al menor a conseguir el objetivo de cambio más adecuado para su situación personal, todo ello enfocado en la modificación de hábitos básicos de conducta.
Módulo 7. Deshabitación psicológica y manejo del deseo	<ul style="list-style-type: none"> - Contextualizar el concepto del deseo de consumo. - Aprender a identificar el deseo en situaciones concretas de la vida cotidiana. - Aprender estrategias cognitivas que permitan el manejo de las situaciones en las que aparece el deseo de consumo para poder mantener la abstinencia.
Módulo 8. Prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> - Comprender el proceso de recaída. - Elaborar una jerarquía personal de situaciones y señales de riesgo para el consumo, practicando con ellas diversas estrategias específicas, con el fin último de elaborar un plan personal de riesgo con el que prevenir futuras recaídas.

Tabla 7.2. Objetivos generales del programa de intervención (continuación).

MÓDULOS	OBJETIVOS GENERALES
Módulo 9. Seguimiento y consolidación de la intervención en medio abierto	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidar la opción de cambio de abstinencia tras el internamiento. - Consolidar las habilidades de afrontamiento de la aparición del deseo de consumo y las estrategias de prevención de recaídas. - Realizar un seguimiento de los participantes de la terapia grupal de manera individual tras su internamiento. - Dotar a los participantes de estrategias ante la situación de recaída con el objeto de que vuelvan a vincularse a su proceso terapéutico.
Módulo 10. Intervención con familias	<ul style="list-style-type: none"> - Los familiares han de comprender las fases de la adolescencia. - Psicoeducar a los familiares en efectos y consecuencias de los consumos de drogas. A la par se adquirirán conocimientos sobre los ciclos de la adicción y las conductas de búsqueda de la sustancia. - Toma de conciencia de las consecuencias de los consumos de drogas de su familiar sin juzgar ni minimizar. - Motivar a los participantes a ser actores activos en el proceso de recuperación del adolescente. - Entrenar a los familiares en la detección y actuación ante la aparición de señales de riesgo de la ruptura de la abstinencia. - Entrenar a los familiares en habilidades sociales para la solución de conflictos intrafamiliares.

7.4.2. Aplicación

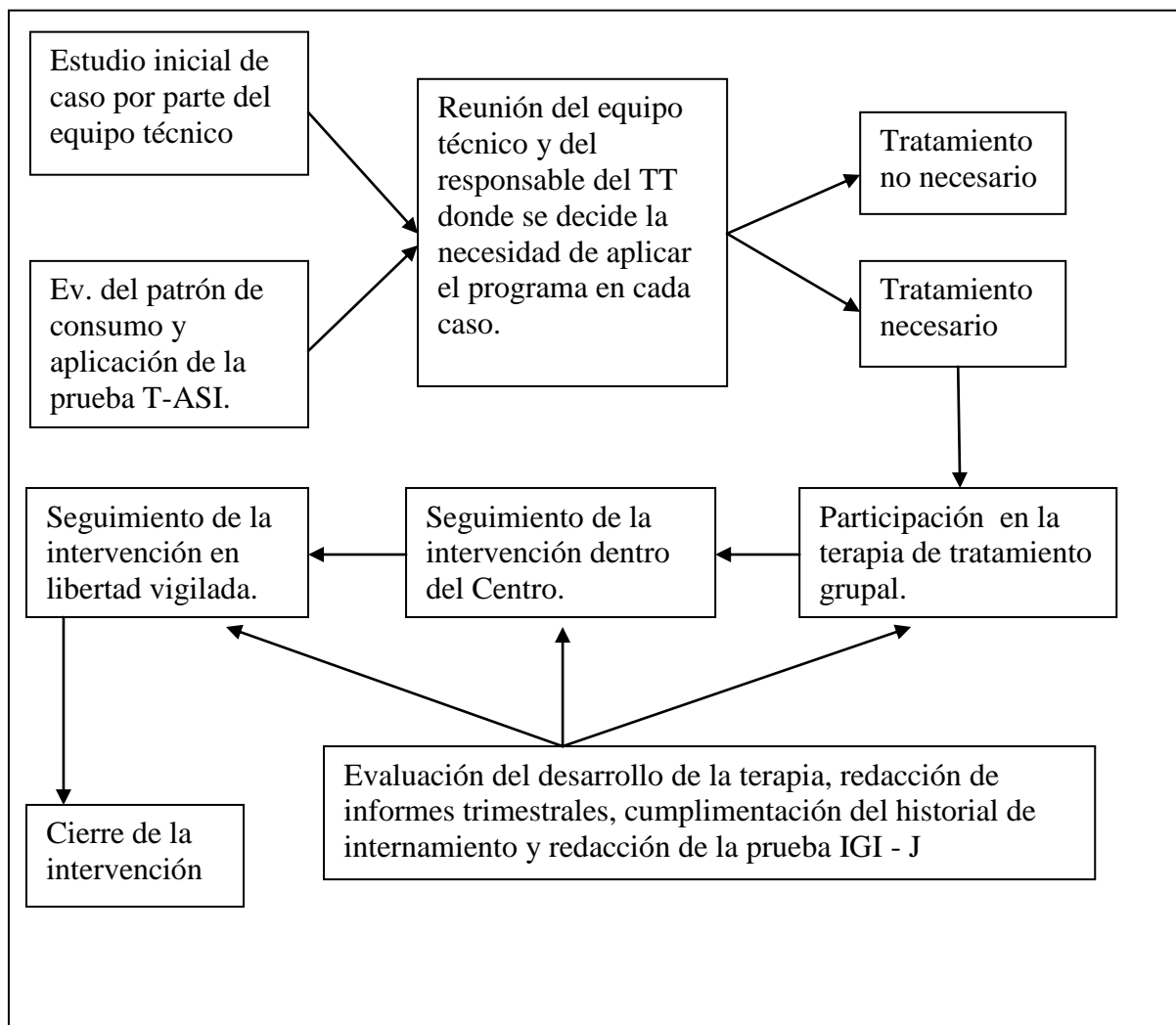
La aplicación del Programa de Tratamiento de Drogodependencias en Menores Infractores lleva realizándose de manera ininterrumpida desde septiembre de 2010 hasta la actualidad dentro del Centro de Ejecución de Medidas Judiciales Teresa de Calcuta de la Comunidad de Madrid. La aplicación del programa se encuentra a cargo del psicólogo de la ARRMÍ Álvaro Fernández Moreno. Dicho terapeuta evalúa a los

internos al inicio de su medida en el consumo de drogas, diseña los grupos de aplicación del programa, imparte la terapia grupal de tratamiento y evalúa la evolución de los internos en el ciclo de la adicción. Todas estas acciones están coordinadas con el resto de equipos técnicos que trabajan con los internos dentro del Centro Teresa de Calcuta.

El primer paso del proceso de tratamiento es la evaluación. Dicha evaluación se realiza a través de la aplicación de la prueba Índice de Severidad de la Adicción - Adolescentes (T-ASI), la cual se realiza al inicio de la medida de cada menor. En función de la puntuación obtenida en la prueba T-ASI y de la información obtenida en la comisión de orientación que realiza el equipo técnico de cada menor y el responsable de tratamiento en drogodependencias se incluirá o no al nuevo ingreso en las terapias de tratamiento, como se describirá en el cronograma de la intervención, gráfico 7.1.

Una vez se ha incluido al menor en el programa se diseñan los grupos de aplicación, adecuando el número de participantes y el ritmo de las terapias a las características de los menores en tratamiento. La aplicación del programa siempre se realiza de forma secuencial, ya que los contenidos del programa están encadenados de un módulo al siguiente hasta el final del mismo. De ahí la importancia que tiene que el responsable del programa de tratamiento haga los ajustes necesarios en función de la duración de las medidas judiciales a la hora del diseño de los grupos de aplicación. El programa grupal consta de 27 sesiones con una duración aproximada de hora y media y con una periodicidad de dos sesiones semanales, dicha periodicidad tiene el objeto de facilitar y fomentar el aprendizaje de los procesos psicológicos trabajados. Para avanzar dentro del programa, el criterio a seguir consiste en la asimilación y comprensión por parte de los participantes de los objetivos de la sesión. En ningún caso se pasa a la siguiente sesión hasta que la anterior no se haya completado de forma adecuada, considerando que cada adolescente y cada grupo tiene su propio ritmo terapéutico.

El programa está diseñado para aplicarse tanto en formato individual como grupal, aunque es deseable que sea grupal, siendo la composición de cada grupo de entre 5 y 10 miembros, dependiendo de las características de los participantes. En algunos casos ha sido necesario, para el buen funcionamiento del grupo, aplicar sesiones individuales a participantes con un nivel mayor de deterioro o dificultades de comprensión con el fin de no distorsionar las dinámicas grupales, avanzando en la medida de lo posible de forma acompañada.

Gráfico 7.1. Cronograma de la intervención en el Centro Teresa de Calcuta.

El éxito en la aplicación del programa guarda una estrecha relación con la forma de aplicarlo. El terapeuta ante todo intenta establecer un clima de colaboración con los adolescentes adoptando una posición motivacional para hacer que los objetivos del programa puedan ir consiguiéndose de forma gradual. En este punto es difícil describir las variables del tratamiento fundamentadas en las habilidades del terapeuta y en su estilo personal a la hora de aplicar la terapia. La carga teórica del programa tiene un carácter cognitivo conductual, como ya se ha descrito, pero a la hora de la aplicación el terapeuta se ha fundamentado en enfoques de psicología positiva y humanista, intentando dotar a cada uno de los participantes de opciones de cambio sustentadas en mensajes positivos y no punitivos. Como ejemplo de este hecho se puede destacar que, cuando se redactó el proyecto en una fase inicial, el equipo de investigación describió el estilo terapéutico que se debería seguir para la consecución de los objetivos marcados.

Como muestra se exponen cinco objetivos personales del terapeuta que definen la línea de intervención:

1) La motivación a cambiar tiene que ser generada en el propio menor y no ser impuesta por el terapeuta. Se trata de identificar y movilizar los objetivos de cambio del menor y compatibilizarlos con los que plantea el programa.

2) Ayudar al menor a resolver la ambivalencia que va a ir surgiendo a lo largo de la aplicación del programa, ya que el cambio es un proceso gradual y suele tener muchos altos y bajos que el terapeuta tiene que ayudar que el menor los acepte e interiorice como un proceso que va a favorecer el cambio.

3) El terapeuta debe guiar las cogniciones y razonamientos de los menores desde mensajes positivos, intentando fundamentar el cambio de los menores en habilidades y facultades positivas que ellos no han descubierto aún o que le dan poca importancia. De este modo se acepta mucho mejor la importancia del cambio analizando costes y beneficios de las conductas de consumo.

4) El estilo terapéutico que se adopta es el socrático, cuyo objetivo es ayudar al menor a generar el cambio mediante la utilización de estrategias de información, escucha activa y planteamiento adecuado de preguntas relevantes que le ayuden a pensar en los objetivos que se estén analizando en cada momento. No debe utilizarse la persuasión directa, la confrontación agresiva ni la argumentación con el menor. Las estrategias más agresivas, utilizadas con el fin de confrontar la negación del menor, pueden llevar al terapeuta a que empuje a los menores a realizar cambios para los que todavía no están preparados.

5) El terapeuta debe adoptar un papel de liderazgo positivo, fomentando un aprendizaje por vía de modelado. El terapeuta ha de ser el primero en dar respeto e implicación en cada una de las sesiones grupales, siendo para cada participante un modelo de conducta cercano y accesible en ámbito afectivo. Del mismo modo el terapeuta debe moderar las sesiones para que cada participante se sienta seguro y cómodo durante las terapias grupales. Las estrategias específicas que deben adoptarse deben dirigirse a elicitar, clarificar y resolver la ambivalencia (cambiar vs. no cambiar) en un ambiente terapéutico de respeto.

Teniendo en cuenta estas consideraciones y las características de los diferentes grupos, en la medida de lo posible, la intervención con los adolescentes se ha de realizar de una manera dinámica, captando la atención de los participantes desde la implicación y cercanía del terapeuta, no desde la imposición, fomentando con ello la participación y

la adhesión al tratamiento. Aunque parezca una obviedad no hay que olvidar el contexto en el que se aplica el programa, un Centro de Ejecución de Medidas Judiciales donde los internos están privados de libertad y en muchas ocasiones se muestran resistentes a cualquier tipo de intervención psicológica o educativa.

Durante el transcurso de la terapia se evalúa la participación e interiorización de cada menor en los diferentes módulos, para ello se ha diseñado un formulario específico donde el terapeuta puede redactar sus impresiones clínicas sobre cada caso en cada momento de la intervención. Dicho formulario está disponible en los anexos de la presente tesis doctoral. Al final de la intervención se evalúa en ámbito global el trabajo de cada menor y la interiorización de la intervención. El resto de las variables que se miden en este trabajo se obtienen a través de la prueba HCS-J, del instrumento IGI-J de cada menor y de la prueba T-ASI que se aplica al inicio de la medida y tras el internamiento y que también están disponibles en los anexos.

Durante el internamiento de los menores su equipo técnico (psicólogo, trabajador social y educador-tutor) ha de realizar evaluaciones periódicas que se reflejarán en los informes que se derivan a los juzgados. El primer informe es el inicial, el cual se redacta en los primeros 15 días de internamiento. Las siguientes evaluaciones se realizarán a través de los informes de seguimiento, que tienen una periodicidad de 3 meses. El Inventario de Gestión e Intervención con Jóvenes (IGI-J) se redacta al inicio del internamiento y se actualiza cada 6 meses. Todos estos informes se envían al juzgado para que tenga constancia de la evolución de cada menor durante su internamiento. Tras la redacción de cada informe se realiza una comisión de orientación, donde todos los profesionales que están involucrados en el caso (equipo técnico) comparten su información, realizándose con ello una coordinación interdisciplinar que enriquece y complementa la intervención con el adolescente. Tras el internamiento, en las medidas de libertad vigilada que suelen acompañar a los internamientos, también se aplica la prueba IGI-J, con lo que esta prueba ofrece la posibilidad de poder hacer un seguimiento de los menores que han pasado por el Centro Teresa de Calcuta.

El programa de tratamiento aún no se ha aplicado a las familias de los participantes debido a la fase del estudio en el que se encuentra el proyecto. Del mismo modo el módulo de seguimiento de la intervención aún no ha sido aplicado por los técnicos de libertad vigilada, siendo la aplicación del módulo 9, seguimiento y consolidación de la intervención en medio abierto, y del módulo 10, intervención con familias, el siguiente paso de la implantación del programa.

7.4.3. Análisis estadísticos

Todos los análisis estadísticos fueron realizados mediante el paquete estadístico *SPSS 19.0*. Se llevaron a cabo diferentes análisis en relación a los objetivos e hipótesis propuestos en este estudio. En primer lugar, se determinó el índice de fiabilidad a través del coeficiente *alpha* de Cronbach para el cuestionario IGI-J.

En relación al primer objetivo, de descripción de la muestra, se llevaron a cabo análisis de frecuencias y porcentajes. En relación a la eficacia del tratamiento, se comprobó la variación entre el pretratamiento y el postratamiento en aquellas variables dependientes especificadas en el apartado Diseño. Para ello, se realizó con cada una de las variables un ANOVA de 2 factores con medidas repetidas en un factor, siendo el factor inter-grupo el grupo de pertenencia (experimental vs. control), y el factor intra-grupo el momento de la evaluación (pre tratamiento vs. post tratamiento), obteniendo además para cada grupo el tamaño del efecto (η^2 cuadrado parcial) de esas diferencias.

A continuación, para analizar la evaluación del Factor total del IGI-J a lo largo del tiempo, se llevaron a cabo análisis multinivel de medidas repetidas. Este tipo de análisis posibilita determinar cómo cambia un grupo de participantes en una variable a lo largo del tiempo (en este estudio se realizan 5 mediciones) y para ello nos aporta los siguientes datos:

- La tasa de cambio de la variable: en qué medida cambia la variable analizada (en este caso los factores del IGI-J) a lo largo del tiempo, teniendo en cuenta que si esa tasa de cambio es negativa indica que esa variable disminuye a lo largo del tiempo y si es positiva que aumenta.
- La constante o intersección en el origen: indica la puntuación o nivel inicial que los participantes tienen en esa variable en la primera evaluación realizada, es decir, indica el nivel desde el que parten los participantes en esas variables.

En los estudios longitudinales (estudios en los que se evalúa a los mismos participantes en diferentes momentos temporales), para poder analizar cómo cambian las variables a lo largo del tiempo, es imprescindible que todos los participantes hayan sido evaluados en todos los momentos temporales y se realizaría un análisis de varianza de medidas repetidas. Sin embargo, en esta investigación no todos los menores pasan por todas las evaluaciones, ya que las medidas judiciales de internamiento que imponen los jueces cambian de unos menores frente a otros en función del tipo de delito cometido. Con el análisis multinivel de medidas repetidas no es necesario que todos

estén evaluados en todos los momentos temporales, siendo posible analizar los datos de todos los participantes, independientemente del número de evaluaciones que hayan realizado.

Po último, para analizar los datos sobre reincidencia, se llevaron a cabo pruebas *t* de Student para muestras independientes cuando las variables dependientes a comparar entre el grupo de reincidentes y no reincidentes eran cuantitativas y pruebas *Chi-Cuadrado* de Pearson cuando eran categóricas.

Capítulo 8

Resultados del estudio

8.1. Estudio descriptivo

8.1.1. Descripción general de la muestra

En este apartado se van a presentar los estadísticos descriptivos obtenidos en relación con cada una de las variables estudiadas con el instrumento HCS-J, y los Registros del Centro Teresa de Calcuta.

La muestra total de estudio estuvo compuesta por 92 ($n=92$) menores evaluados durante los años 2010, 2011, 2012 y 2013, todos ellos de sexo masculino, los cuales se dividieron en dos grupos, uno experimental y otro control, como se muestra en la tabla 8.1. El grupo experimental está compuesto por el 56,5% de la muestra total y el grupo control por el 43,5%, véase tabla 8.1.

Tabla 8.1. Distribución de la muestra según grupo experimental o control

Grupo	Frecuencia	Porcentaje
Experimental	52	56,5
Control	40	43,5

Los pacientes tenían edades comprendidas entre los 14 y los 22 años, con una edad media 16,98 años (desviación típica 1,32), como muestra la tabla 8.2. La edad media del grupo control es de 17,08 (desviación típica 1,25) y la del grupo experimental 16,90 (desviación típica 1,38), no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($t_{(90)}=0,62$, $p=,54$).

Tabla 8.2. Edad de los participantes

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad de los participantes al ingreso en el centro	14,00	22,00	16,97	1,31

En cuanto a la nacionalidad, el 39,1% ($n=36$) son españoles, el 41,3% ($n=38$) son latinoamericanos, el 13% ($n=12$) magrebíes, el 2,2% ($n=2$) europeos comunitarios, el 1,1% ($n=1$) europeos no comunitarios y, por último, el 3,3% ($n=3$) tienen otra nacionalidad, como muestra la tabla 8.3.

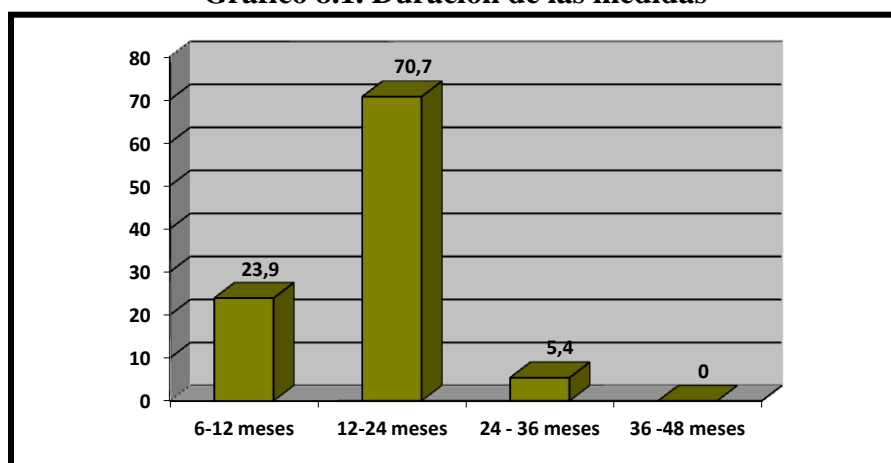
Tabla 8.3. Nacionalidad de los participantes

Nacionalidades	N	%
Española	36	39,1
Latinoamericana	38	41,3
Magrebí	12	13
Europeo comunitario	2	2,2
Europeo no comunitarios	1	1,1
Otros	3	3,3

8.1.2. Características delictivas de la muestra

Con respecto a la duración de las medidas, en el Gráfico 8.1. se observa que el porcentaje más elevado se corresponde a medidas de entre 12 y 24 meses (70,7%). El 23,9% de las medidas duran entre 6-12 meses y el 5,4% de las medidas duran entre 24 y 36 meses de internamiento.

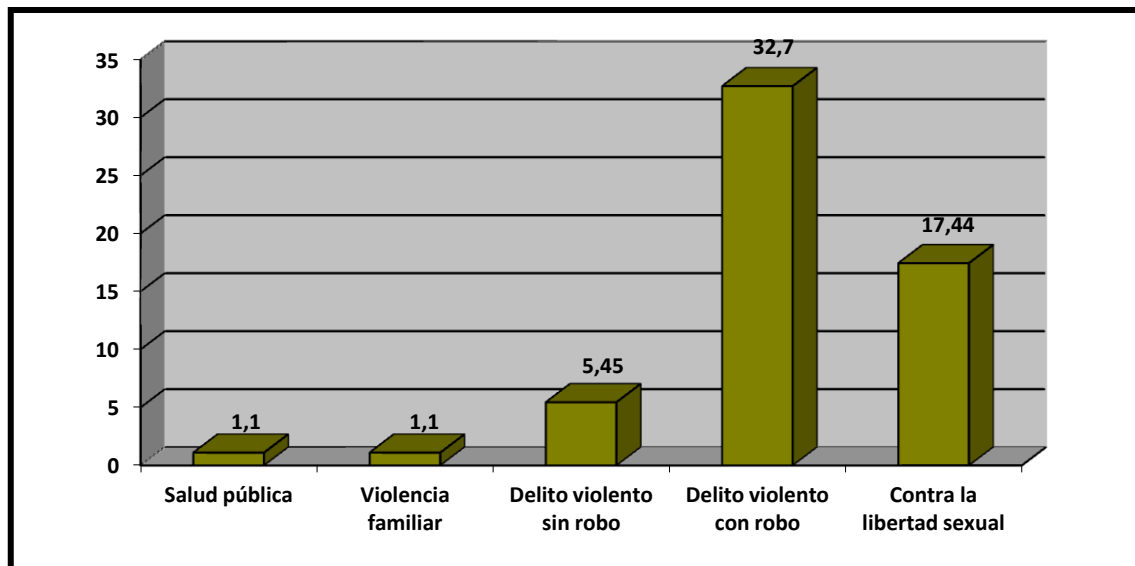
Gráfico 8.1. Duración de las medidas



En el Gráfico 8.2, se observa que la mayoría de los delitos han sido delitos violentos con afectación del patrimonio (81,5%), tales como el robo con fuerza o el robo con intimidación y violencia. El 3,3% de los delitos se han tipificado como delitos contra el patrimonio sin el uso de la fuerza. Dentro de dichos delitos se podrían encontrar robos sin violencia o estafas. El 5,4% de los delitos han sido violentos sin afección al patrimonio, dichos delitos se pueden tipificar como delitos de lesiones, homicidios o asesinatos. El 6,5% de los delitos son de clase violentos dentro del núcleo

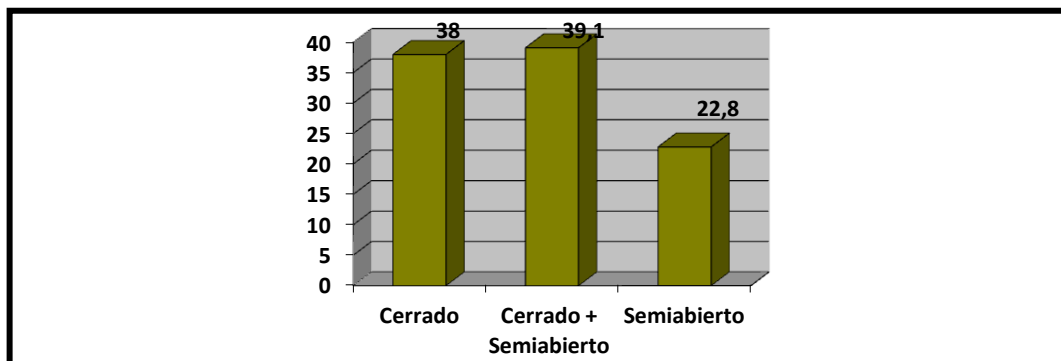
familiar, como la violencia ascendente. El 1,1% de los delitos son contra la libertad sexual y el 2,2% son delitos contra la salud pública (tráfico de drogas).

Gráfico 8.2. Porcentaje de la tipología de delitos cometidos



Por lo que respecta a la distribución de las medidas según el régimen de las mismas el 38% sería en régimen cerrado, donde los internos no tienen salidas ordinarias para realizar ninguna actividad en el exterior del Centro, el 22,8% de los internos cumplieron una medida en régimen semiabierto, donde realizaron actividades formativas y lúdicas en el exterior del Centro, y el 39,1% de los internos primero cumplieron una parte de la medida en régimen cerrado y prosiguieron en régimen semiabierto. En el gráfico 8.3. se describe la distribución de las medidas según el régimen de las mismas.

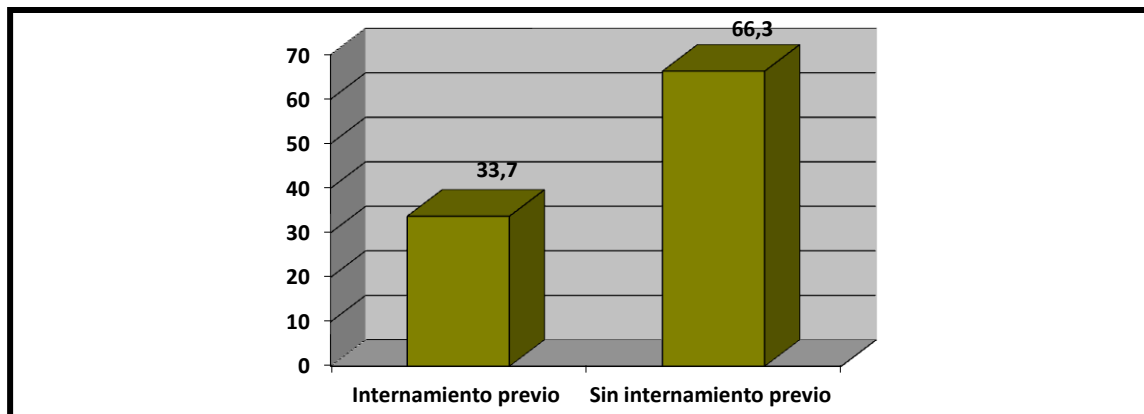
Gráfico 8.3. Porcentaje de las medidas según el régimen



Como muestra el gráfico 8.4. con anterioridad al ingreso donde se realizó la evaluación el 33,7% de los participantes en el estudio habían cumplido una medida de

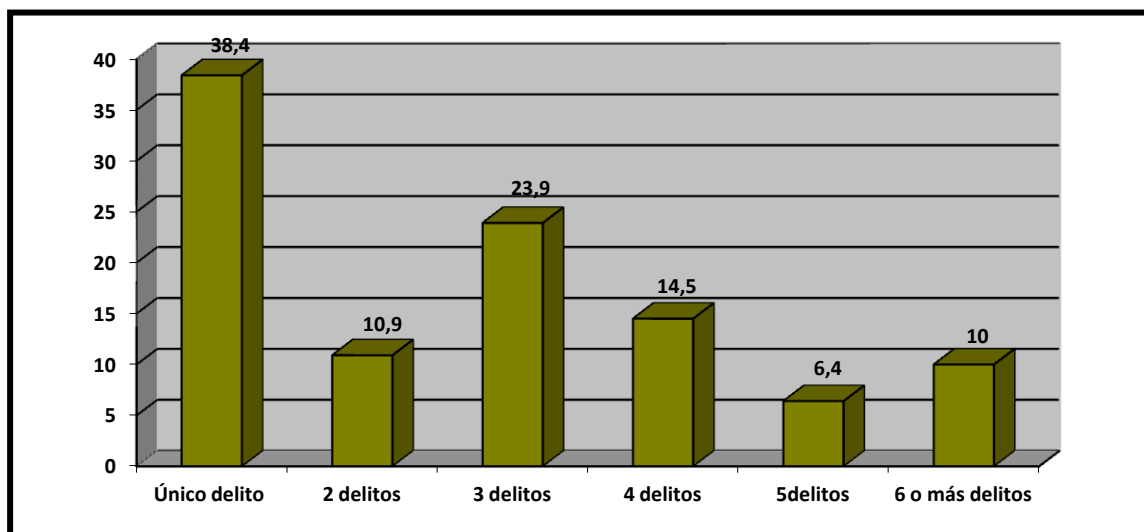
internamiento. Por el contrario el 66,3% de los participantes se encontraban cumpliendo su primer internamiento.

Gráfico 8.4. Porcentaje de Internamientos previos



En referencia al número de delitos cometidos por los participantes, como se mostrará en el gráfico 8.5., el 34,8% de los participantes del estudio que fueron internados en el Centro por la comisión de un único delito, los que cometieron 2 delitos fueron el 10,9%, los que cometieron 3 delitos fueron el 23,9%, los que cometieron 4 delitos fueron el 14,5%, los que cometieron 5 delitos fueron el 6,4% y los que cometieron 6 o más delitos fueron el 10%

Gráfico 8.5. Porcentaje de número de delitos



Por último, como se muestra en la tabla 8.4, los participantes habían sido sancionados de manera leve como mínimo en ninguna ocasión y como máximo 56 veces, con una media de sanciones de 13,64 (desviación típica 11,51). Por otro lado los participantes habían sido sancionados de manera grave o muy grave como mínimo en ninguna ocasión y como máximo 44 veces, con una media de sanciones de 6,7 (desviación típica 7,64).

Tabla 8.4. Número de sanciones leves/graves

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Sanciones leves	0	56	13,64	11,51
Sanciones graves	0	44	6,70	7,64

8.1.3. Características específicas de la muestra medidas por el inventario HCS-J.

El instrumento HCS-J mide diferentes variables según sus sub-escalas. En el presente apartado se van a describir los resultados obtenidos en las sub-escalas: características familiares, características escolares, características grupo de iguales/ocio, características laborales, características de personalidad y conducta y características consumo.

8.1.3.1. Características familiares.

Durante el desarrollo de este punto se van a describir los resultados que arrojan los datos obtenidos en esta área.

En cuanto a la composición familiar se refiere el 23,9% (n=22) de los participantes procedía de una familia nuclear, el 34,8% (n=32) de una familia monoparental, y el 22,8% (n=21) de una familia reconstituida como se puede apreciar en la tabla 8.6.

Tabla 8.5. Composición familiar

Tipo de familia	Porcentaje	N
Nuclear	23,9%	22
Monoparental	34,8%	32
Reconstituida	22,8%	21
Protección	19,6%	18

En cuanto al tipo de familia se refiere el 28,1% (n=26) de los participantes procedía de una familia funcional y el 61,6% (n=57) de una familia disfuncional como se puede apreciar en la tabla 8.7.

Tabla 8.6. Tipo de familia

Tipo de familia	Porcentaje	N
Funcional	28,1 %	26
Disfuncional	61,6 %	57
No consta	8,6 %	8

Tabla 8.7. Problemática familiar

Problemática familiar	Porcentaje	N
Multiproblemática	30,2%	27
Delincuencial	22,7%	21
Factores económicos	47,5%	44
Consumos de sustancias	16,2%	15
Enfermedad	11,8%	11
Problemas relacionales	30,2%	28
Maltrato físico padres a hijo/a	4,3%	4
Maltrato psíquico padres a hijo/ a	3,2%	3
Maltrato por abuso sexual	0%	0
Violencia ascendente	4,3%	4
Violencia de género	8,6%	8

Dentro de las familias de carácter disfuncional la problemática más frecuente que nos encontramos son los factores económicos con un 47,5% (n=44), seguido de los problemas relacionales 30,2% (n=28), familias multiproblemáticas con un 29,2%

(n=27), delincuencia 22,7% (n=21) y consumo de sustancias con un 16,2% (n=15), enfermedades graves 11,8% (n=11), violencia de género 8,6% (n=8), maltrato físico 4,3% (n=4), violencia ascendente 4,3% (n=4) y maltrato psíquico con un 3,2% (n=3) como se describe en la tabla 8.7.

En la mayor parte de la población la paternidad es biológica 85,3% (n=79), mientras que el 14,6% (n=13) de la muestra son adoptados, como se muestra en la tabla 8.8.

Tabla 8.8. Tipo de paternidad

Tipo de paternidad	Porcentaje	N
Biológica	85,4%	79
Adopción	14,6%	13

Durante el estudio de la actividad económica familiar se ha podido constatar que el 24% de los padres, el 24% de las madres y el 10% de los hermanos mantenían una actividad laboral con un contrato fijo. El 15% de los padres, el 24% de las madres y el 13% de los hermanos tenían empleos temporales. El 9% de los padres, el 8% de las madres y el 2% de los hermanos se encontraban en situación de desempleo cobrando el subsidio mientras que el 3% de los padres, 2% de las madres y el 3% de los hermanos se encontraban en desempleo sin cobrar subsidio. El 25% de las madres realizaban labores domésticas y el 2% de los padres y el 4% de las madres eran jubilados como muestra la tabla 8.9.

Tabla 8.9. Actividad económica familiar

Situación laboral	Padre	Madre	% Hermanos
Trabajo fijo	24%	24%	10%
Trabajo temporal	15%	24%	13%
En paro con subsidio	9%	8%	2%
En paro sin subsidio	3%	2%	3%
Labores domésticas	0%	25%	0%
Jubilado	2%	4%	0%
No consta	46%	13%	70%

Como muestra la tabla 8.10. el 4,4% (n=4) de los participantes eran hijos únicos, el 19,62% (n=18) tenían 1 hermano, el 19,62% (n=18) tenían 2, el 25,07% (n=23) tenían 3 hermanos, el 17,44% (n=16) tenían 4 hermanos, el 3,27% (n=3) tenían 5

hermanos, el 7,63% (n=7) tenían 6 hermanos y el 2,14% (n=3) tenían 7 hermanos o más.

Tabla 8.10. Número de hermanos

Número de hermanos	Porcentaje	N
0	4,4 %	4
1	19,62%	18
2	19,62%	18
3	25,07%	23
4	17,44%	16
5	3,27%	3
6	7,63%	7
7 o más	3,27%	3

El 30,52%(n=28) de los participantes eran los hermanos mayores, el 28,34% (n=26) eran los segundos, el 16,35% (n=15) eran los terceros, el 9,81% (n=9) eran los cuartos y el 5,45% (n=5) eran los quintos en el orden de nacimiento, como se muestra en la tabla 8.11.

Tabla 8.11. Lugar que ocupa dentro de los hermanos

Lugar que ocupan	Porcentaje	N
1°	30,52%	28
2°	28,34%	26
3°	16,35%	15
4°	9,81%	9
5°	5,45%	5

El 38,15% (n=35) de los padres y el 39,24% (n=36) de las madres de los participantes en el estudio son de origen español, el 31,6% (n=29) y el 32,7% (n=30) de las madres son de origen latinoamericano, el 11,99% (n=11) de los padres y el 13,08% (n=12) de las madres son de origen magrebí, el 1,1% (n=1) de los padres y el 1,1 (n=1) de las madres son de origen europeo comunitario, el 1,1% (n=1) de los padres y el 1,1% (n=1) de las madres son de origen europeo no comunitario y el 2,27% (n=3) de los padres y el 3,27% (n=3) de las madres son de otras regiones, como se muestra en la tabla 8.12.

Tabla 8.12. Procedencia de los padres

Origen	Padre	N	Madre	N
España	38,15%	35	39,24%	36
Latinoamérica	31,61%	29	32,7%	30
Magrebí	11,99%	11	13,08%	12
Europeo comunitario	1,1%	1	1,1%	1
Europeo no comunitario	1,1%	1	1,1%	1
Otros	3,27%	3	3,27%	3
No consta	9,81%	9	6,54%	6

En cuanto al estilo educativo se refiere el 39,24% (n=36) de los padres y el 25,07% (n=36) de las madres tienen un estilo educativo negligente o ausente, el 28,34% (n=26) de los padres y el 53,41% (n=49) de las madres tienen un estilo educativo permisivo o liberal, el 6,54% (n=6) de los padres y el 5,45% (n=5) de las madres tienen un estilo educativo autoritario o punitivo y por último el 1,1% (n=1) de los padres y el 3,27% (n=3) de las madres tienen un estilo educativo adecuado o de apoyo como se muestra en la tabla 8.13.

Tabla 8.13. Estilo educativo de los padres

Estilo educativo	Padre	N	Madre	N
Negligente/Ausente.	39,24 %	36	25,07%	23
Permisivo/ liberal.	28,34 %	26	53,41%	49
Autoritario/Punitivo	6,54 %	6	5,45 %	5
Adecuado/ de Apoyo	1,1%	1	3,27%	3

Como se describe en la tabla 8.14. el 44,69% (n= 41) de las familias han tenido una intervención previa en Servicios Sociales, mientras el 25,07% (n=23) no la han tenido.

Tabla 8.14. Intervención social dentro del núcleo familiar

Intervención familiar	Porcentaje	N
Si	44,69%	41
No	25,07%	23
No consta	30,52%	28

Dentro del 44,69% (n=41) de las familias que han sido objeto de una intervención por parte de los Servicios Sociales, el 10,9% (n=11) de las intervenciones se han realizado con los padres, el 30,52% (n=28) se han realizado con las madres, el 16,35% (n=15) de las intervenciones han sido conjuntas entre padre y madre, el 21,8% (n=20) han sido realizadas con hermanos y el 7,63% (n=7) han sido realizadas con otros familiares cercanos al núcleo familiar como se muestra en la tabla 8.15.

Tabla 8.15. Miembros de la familia con los que se realizó la intervención

Intervención con:	Porcentaje	N
Padre	10,9%	10
Madre	30,52%	28
Ambos padres	16,35%	15
Hermanos	21,8%	20
Otros familiares	7,63%	7

Como se ha descrito en la tabla 8.16. el 1,1% (n=1) de las familias de los participantes tiene un nivel socioeconómico alto, el 25,07% (n=23) tiene un nivel medio, el 46,87% (n=43) tiene un nivel bajo y un 17,44% (n=16) tiene un nivel muy bajo. En la misma tabla 3.16 también se puede apreciar que el 3,27% (n=3) de las familias de los participantes tiene un nivel cultural alto, el 22,89% (n=21) tiene un nivel medio, el 42,51% (n=39) tiene un nivel bajo y un 18,53% (n=17) tiene un nivel muy bajo.

Tabla 8.16. Nivel socioeconómico y cultural de las familias

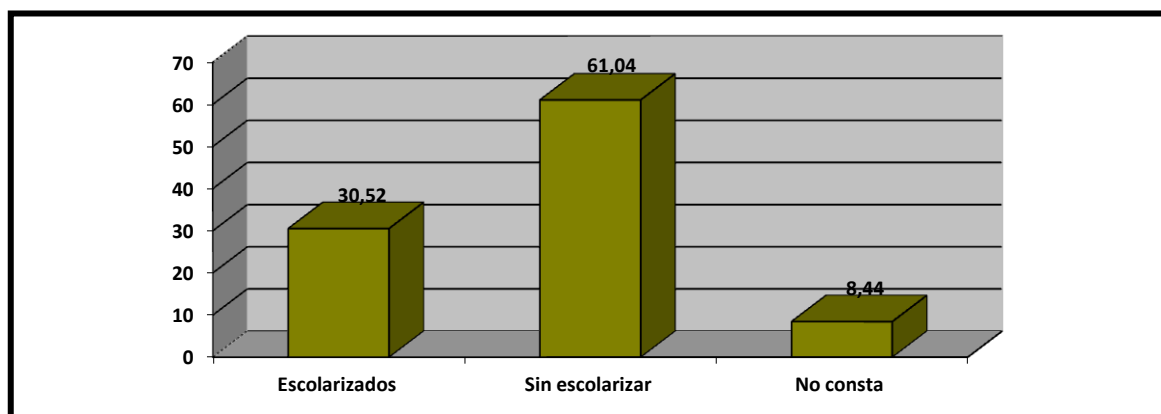
Nivel socio económico	Porcentaje	N	Nivel cultural	Porcentaje	N
Muy alto	0%	0	Muy alto	0%	0
Alto	1,1%	1	Alto	3,27%	3
Medio	25,07%	23	Medio	22,89%	21
Bajo	46,87%	43	Bajo	42,51%	39
Muy bajo	17,44%	16	Muy bajo	18,53%	17

8.1.3.2. Características escolares.

En el presente apartado se va a describir de modo general la situación de los participantes en el ámbito escolar.

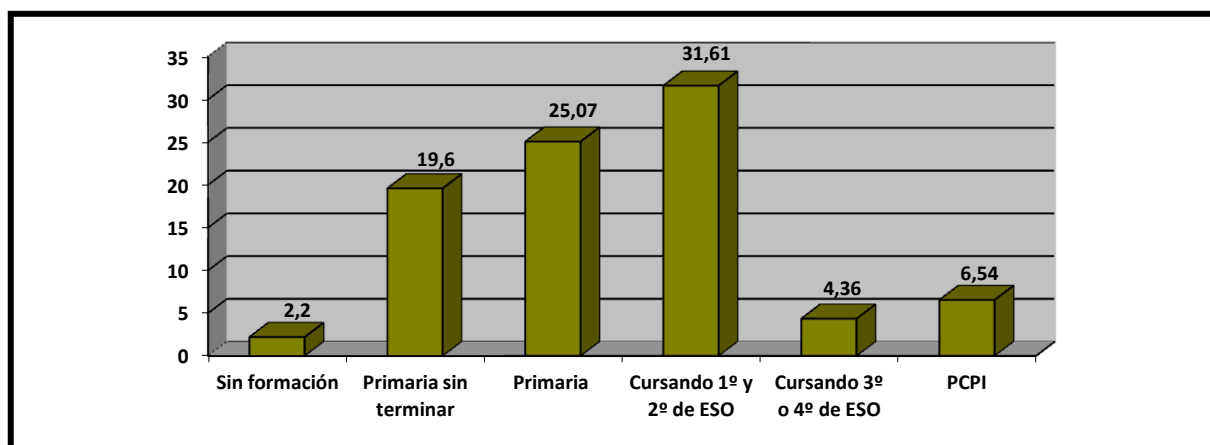
Como se muestra en el gráfico 8.6. el 30,52% (n=28) de los participantes se encontraban escolarizados en el momento de ser denunciados, mientras que el 61,04% (n=56) no se encontraban escolarizados.

Gráfico 8.6. Porcentaje escolarización



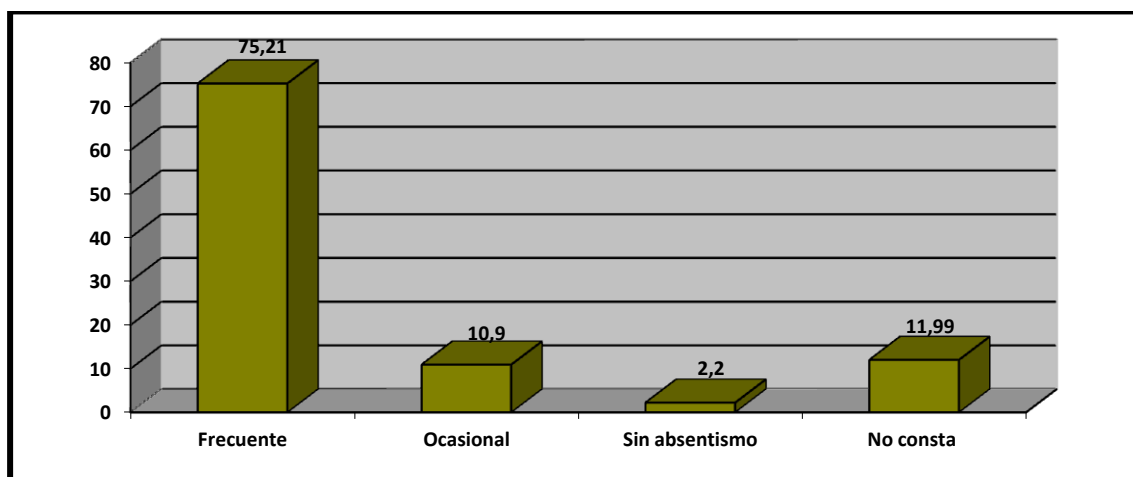
En cuanto al nivel formativo de los participantes no saben ni leer ni escribir un 2,2% (n=2), habían cursado educación primaria sin terminar el 19,62% (n=18), han cursado educación primaria habiéndola terminado el 25,07% (n=23), han cursando 1º o 2º de ESO el 31,61% (n=29), han alcanzado 3º o 4º de ESO el 4,36% (n=4) y han realizado estudios de PCPI (Programa de Cualificación Profesional Inicial) el 6,54% (n=6), como se muestra en el gráfico 8.7. Ninguno de los participantes cursó estudios de bachillerato o universitarios.

Gráfico 8.7. Porcentaje de nivel curricular



Dentro de la muestra de participantes presentan, en su historial educativo, situaciones de absentismo escolar frecuente el 75,21% (n=69) y ocasional el 10,9% (n=10). Tan solo el 2,2% (n=2) no presenta absentismo escolar y no hay datos del absentismo en el 11,99% (n=11) de los casos como se puede observar en el gráfico 8.8.

Gráfico 8.8. Porcentaje de absentismo escolar



Como muestra la gráfica 8.9. el 69,75 % (n=64) de los participantes presentó en su historial educativo alguna situación de abandono escolar mientras que el 30,25% (n=28) se mantuvo escolarizado independientemente del fracaso escolar. Como se muestra en la gráfica 8.10. el 85,02% de los participantes habían repetido curso al menos una vez mientras que el 14,98% no había repetido.

Gráfico 8.9. Porcentaje abandono

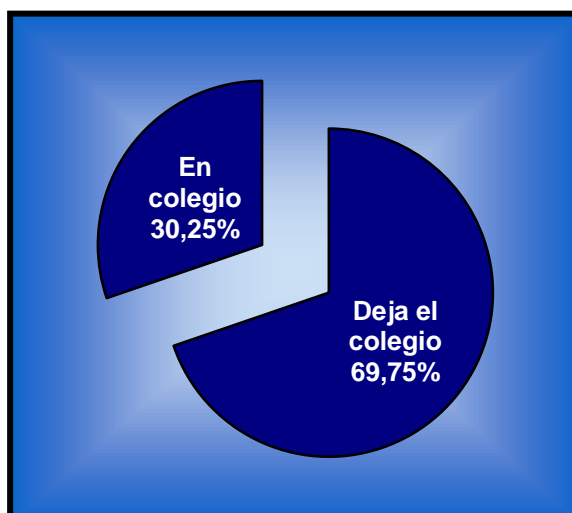
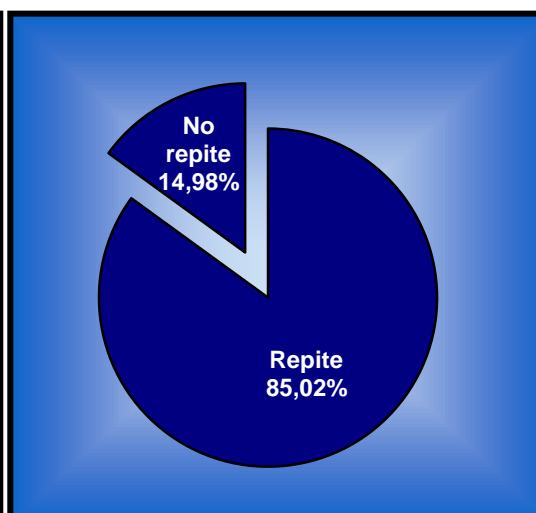
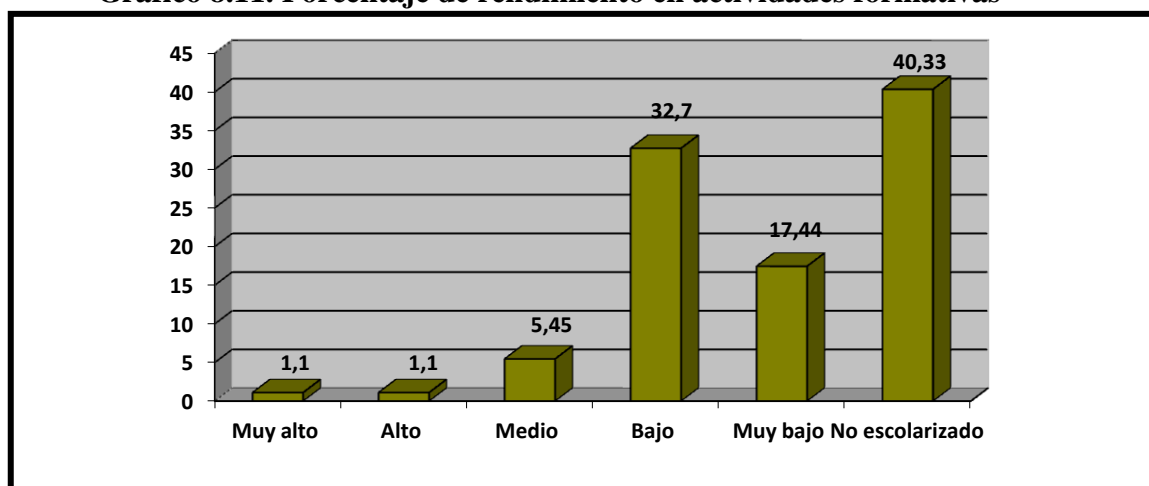


Gráfico 8.10 Porcentaje de repetidores



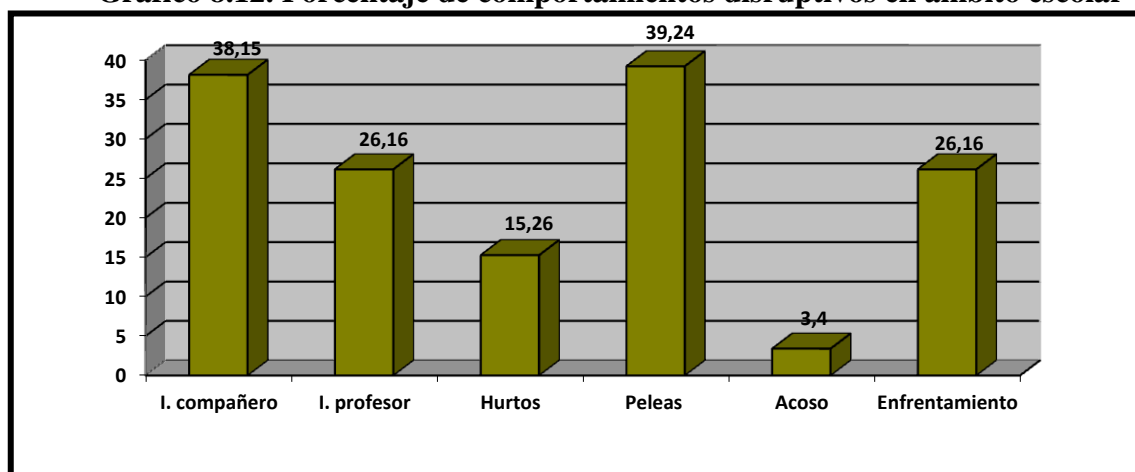
Como se muestra en el gráfico 8.11. el rendimiento en actividades formativas, ya sean regladas o no regladas, en los últimos meses de los participantes se puede considerar muy alto en el 1,1% (n=1) de los casos, alto en otro 1,1% (n=1), medio en el 5,45% (n=5), bajo en el 32,7% (n=30) y muy bajo en otro 17,44% (n=16), no encontrándose escolarizados el 40,33% (n=37) de los participantes.

Gráfico 8.11. Porcentaje de rendimiento en actividades formativas



El 52,32% (n=48) de los participantes ha presentado en el contexto escolar comportamientos disruptivos que han supuesto expulsiones. Los tipos de comportamientos disruptivos presentados han sido desobedecer al profesorado 50%, insultar a compañeros 38,15%, insultar al adulto 26,16%, hurtos 15,26%, peleas 39,24%, acoso 3,3% y enfrentamiento grave con adultos 26,16% como se muestra en el gráfico 8.12. Muchos de los participantes han protagonizado más de un tipo de comportamiento disruptivo, siendo por lo general de carácter agresivo y violento (69,76% de comportamiento violento vs 30,24% comportamientos no violentos).

Gráfico 8.12. Porcentaje de comportamientos disruptivos en ámbito escolar

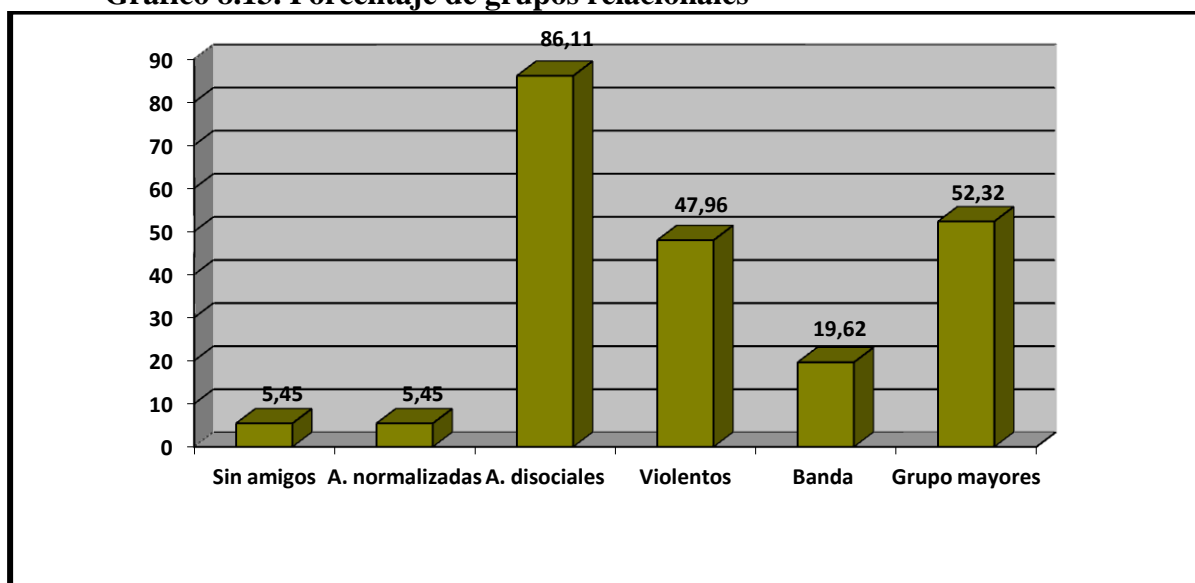


8.1.3.3. Características grupo de iguales/ocio

En el siguiente apartado se va a describir las características de los grupos de iguales de la población a estudio. De igual modo también se realizará un estudio de las características más usuales de su ocio.

El primer punto a estudio serán las características del grupo de referencia de los participantes antes de cumplir la medida. En esta variable se han podido asignar valores de más de un tipo de relación. De este modo, el 5,45% (n=5) de los participantes afirmaron tener carencia de relaciones sociales, El 5,45% (n=4) afirmó tener amistades normalizadas, sin una problemática destacable, El 86,11% (n=79) de los participantes tiene un grupo de relación disocial, el 47,96% (n=44) pertenecía a un grupo violento-disocial, un 19,62% (n=18) pertenecía a una banda o grupo con cierta organización (latina, skins...) y el 52,32% (n=48) de los participantes tenía un grupo de relación mayor que él, como se muestra en el gráfico 8.13.

Gráfico 8.13. Porcentaje de grupos relacionales

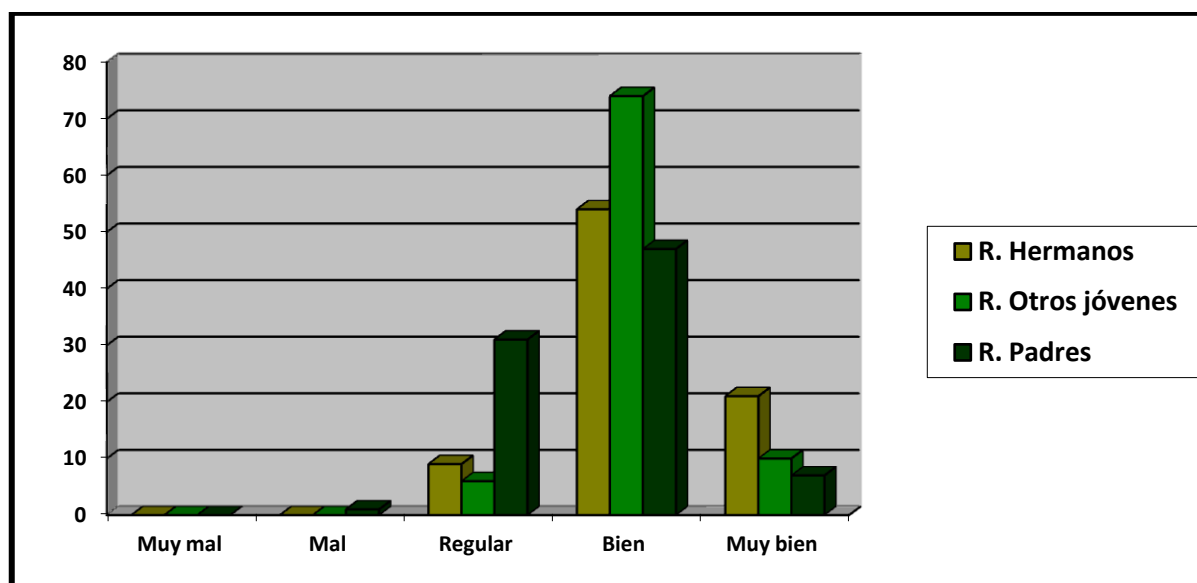


En cuanto al papel del menor en su grupo de relación se ha podido observar que el 11,99% (n=11) de los participantes ejercían un rol de liderazgo, el 26,11% (n=24) ejercían un rol de sumisión, un 51,23% (n=47) tenía un rol indeterminado mientras que del 9,8% (n=9) no se pudo valorar el rol que ejercían dentro de su grupo de iguales, como se muestra en la tabla 8.17.

Tabla 8.17. Rol de los participantes en su grupo relacional

Rol dentro del grupo	Porcentaje	N
Liderazgo	11,99%	11
Sumisión	26,16%	24
Indeterminado	51,23%	47
No consta	9,81%	9

Cuando se cuestiona a los participantes en cómo se llevan con sus hermanos el 8,72% responde que regular, el 54,5% que bien y el 21,8% muy bien. Cuando se pregunta por cómo se llevan con otros jóvenes afirman que regular un 5,54%, bien un 74,12% y un 9,81% muy bien. Por último cuando se les cuestiona por cómo se comportan con sus padres responden mal un 1,1%, regular un 31,61%, bien un 46,87% y muy bien 6,54%. Todos estos resultados se muestran en el gráfico 8.14.

Gráfico 8.14. Porcentaje calidad percibida en sus relaciones

Durante el estudio del uso del ocio y del tiempo libre de los participantes, antes de cumplir la medida, se ha podido observar una ausencia de factores de protección en las actividades realizadas, el 37% de los participantes nunca van al cine, el 54% nunca van ni a conciertos ni a eventos deportivos, el 66% nunca han participado en una asociación o grupo lúdico, el 70% nunca van de excursión, el 76% no realizan actividades de acampada o senderismo y el 78% no han realizado actividades culturales. Por el contrario, se puede observar altos porcentajes en actividades que se podrían considerar factores de riesgo, de este modo, el 33% de los participantes acuden

frecuentemente a pubs y discotecas, el 73% pasa mucho tiempo en la calle sin una ocupación concreta con sus amigos, el 65% de los participantes se encuentran frecuentemente en la calle consumiendo cannabis o realizando botellón y el 60% de los participantes pasa mucho tiempo en la calle sin ninguna ocupación como se puede observar desde la tabla 8.18 a la tabla 8.30.

Tabla 8.18. Ir a pubs, bares o discotecas

Frecuencia	Porcentaje	N
Nunca o casi nunca	20,71%	19
1 o 2 veces al mes	23,98%	22
1 o 2 veces por semana	29,43%	27
Más de 2 veces por semana	14,17%	13
No consta	11,99%	11

Como se describe en la tabla 8.18 más del 30% de los participantes acuden asiduamente a bares y discotecas.

Tabla 8.19. Estar en la calle, plazas o parques

Frecuencia	Porcentaje	N
Nunca o casi nunca	4,36%	4
1 o 2 veces al mes	9,81%	9
1 o 2 veces por semana	9,81%	9
Más de 2 veces por semana	61,04%	56
No consta	9,81%	9

Como se describe en la tabla 8.19 más del 70% de los participantes se encuentran con mucha frecuencia en plazas o parques.

Tabla 8.20. Estar en la calle bebiendo o fumando

Frecuencia	Porcentaje	N
Nunca o casi nunca	18,53%	17
1 o 2 veces al mes	6,54%	6
1 o 2 veces por semana	23,98%	22
Más de 2 veces por semana	41,42%	38
No consta	9,81%	9

Como se describe en la tabla 8.20 más del 60% de la muestra se encuentra en la plazas o parques con mucha frecuencia realizando consumos de drogas.

Tabla 8.21. Ir al cine o al teatro

Frecuencia	Porcentaje	N
Nunca o casi nunca	37,06%	34
1 o 2 veces al mes	37,06%	34
1 o 2 veces por semana	13,08%	12
Más de 2 veces por semana	2,18%	2
No consta	10,9%	10

Como se describe en la tabla 8.21 el 37,06% de la muestra nunca va al cine y no llega al 15% de la población que realiza esta actividad frecuentemente.

Tabla 8.22. Practicar deportes

Frecuencia	Porcentaje	N
Nunca o casi nunca	25,07%	23
1 o 2 veces al mes	18,53%	17
1 o 2 veces por semana	22,89%	21
Más de 2 veces por semana	21,8%	20
No consta	9,81%	9

Como se describe en la tabla 8.22 el 25,07% de los participantes nunca realiza deportes y tan solo el 21,8% de los mismos realiza una actividad deportiva continuada.

Tabla 8.23. Practicar deportes de riesgo

Frecuencia	Porcentaje	N
Nunca o casi nunca	73,03%	67
1 o 2 veces al mes	8,72%	8
1 o 2 veces por semana	3,27%	3
Más de 2 veces por semana	4,36%	4
No consta	11,99%	11

Como se describe en la tabla 8.23 el 73,03% de los participantes nunca han realizado un deporte de riesgo.

Tabla 8.24. Ir a conciertos o eventos deportivos

Frecuencia	Porcentaje	N
Nunca o casi nunca	54,5%	50
1 o 2 veces al mes	31,61%	29
1 o 2 veces por semana	1,1%	1
Más de 2 veces por semana	2,2%	2
No consta	10,9%	10

Como se describe en la tabla 8.24 el 54,5% de los participantes nunca han ido a conciertos o a eventos deportivos.

Tabla 8.25. Ir a casa de amigos o familiares

Frecuencia	Porcentaje	N
Nunca o casi nunca	7,63%	7
1 o 2 veces al mes	21,8%	20
1 o 2 veces por semana	31,61%	29
Más de 2 veces por semana	28,34%	26
No consta	9,81%	9

Como se describe en la tabla 8.25 el 59,95% de los participantes van a casa de amigos o familiares con mucha frecuencia.

Tabla 8.26. Participar en una asociación o grupo

Frecuencia	Porcentaje	N
Nunca o casi nunca	66,49%	61
1 o 2 veces al mes	5,45%	5
1 o 2 veces por semana	5,45%	5
Más de 2 veces por semana	7,63%	7
No consta	15,26%	14

Como se describe en la tabla 8.26 el 66,49% de los participantes nunca han participado en una asociación.

Tabla 8.27. Ir de excursión

Frecuencia	Porcentaje	N
Nunca o casi nunca	69,76%	64
1 o 2 veces al mes	14,17%	13
1 o 2 veces por semana	5,45%	5
Más de 2 veces por semana	0%	0
No consta	10,9%	10

Como se describe en la tabla 8.27 el 69,76% de los participantes nunca o casi nunca van de excursión.

Tabla 8.28. Salir al campo de acampada

Frecuencia	Porcentaje	N
Nunca o casi nunca	73,03%	67
1 o 2 veces al mes	10,9%	10
1 o 2 veces por semana	3,3%	3
Más de 2 veces por semana	0%	0
No consta	10,9%	10

Como se describe en la tabla 8.28 el 73,03% de los participantes nunca o casi nunca van de excursión.

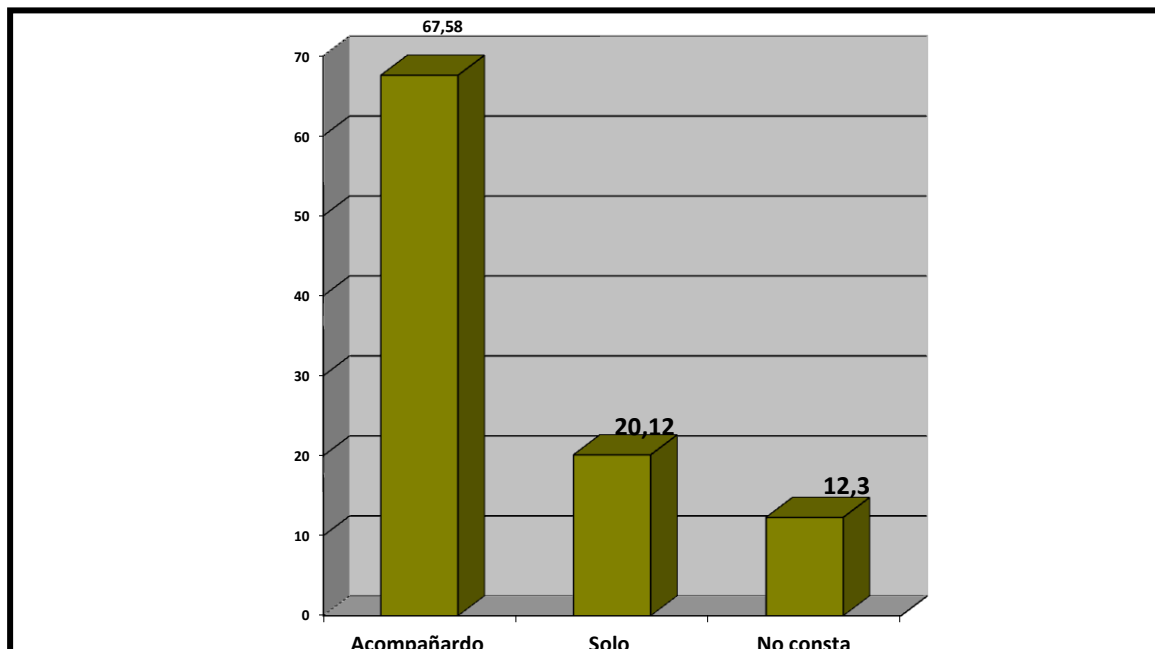
Tabla 8.29. Realizar actividades culturales

Frecuencia	Porcentaje	N
Nunca o casi nunca	78,48%	72
1 o 2 veces al mes	6,54%	6
1 o 2 veces por semana	2,2%	2
Más de 2 veces por semana	2,2%	2
No consta	9,81%	9

Como se describe en la tabla 8.29 el 78,48% de los participantes nunca o casi nunca realizan actividades culturales.

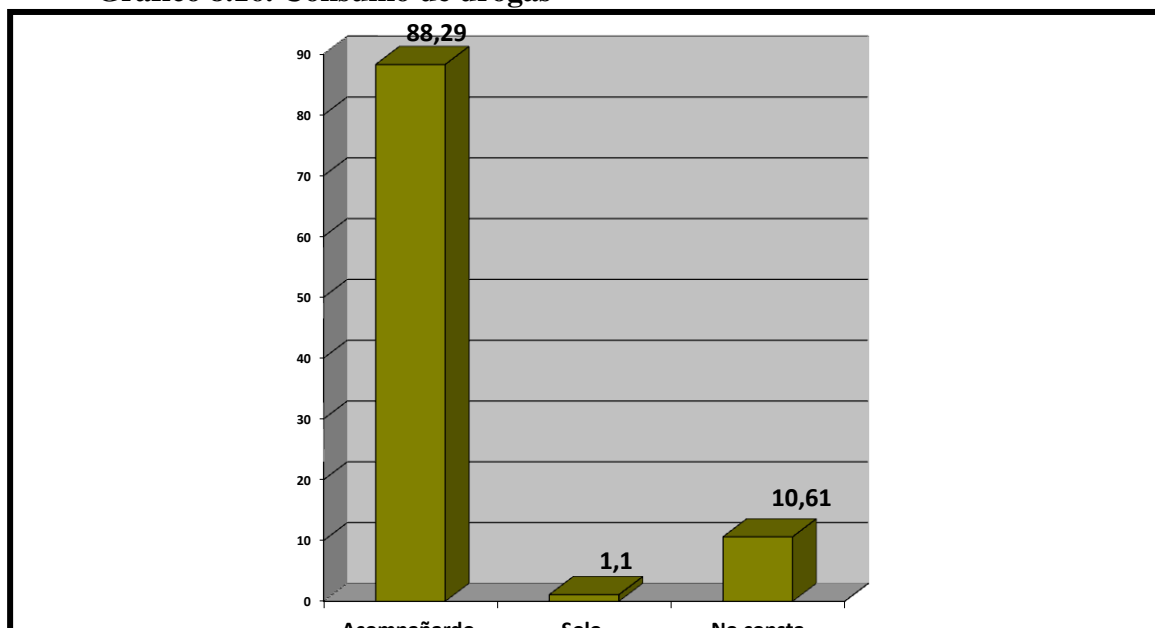
Como se describirá en el gráfico 8.15. el 67,58% (n=62) de los participantes realizó la comisión del delito por el que fue internado en compañía de miembros de sus grupos de relación.

Gráfico 8.15. Comisión delito



Del mismo modo el 88,29% (n=81) de los participantes de estudio cuando consume drogas lo hace en compañía de miembros de alguno de sus grupos de relación, frente a un 1,1% (n=1) que no tiene en su entorno a ningún consumidor, como se describe en el gráfico 8.16.

Gráfico 8.16. Consumo de drogas



De igual modo, como se describe en la tabla 8.30 el 59,95% de los participantes pasan mucho tiempo en la calle.

Tabla 8.30. Estar en la calle

Frecuencia	Porcentaje	N
Nunca o casi nunca	23,98%	22
1 o 2 veces al mes	5,45%	5
1 o 2 veces por semana	14,17%	13
Más de 2 veces por semana	45,78%	42
No consta	10,9%	10

Paradójicamente tan solo 15,26% de los participantes pasan mucho de ese tiempo en centros comerciales, véase tabla 8.31.

Tabla 8.31. Pasar el tiempo en centros comerciales

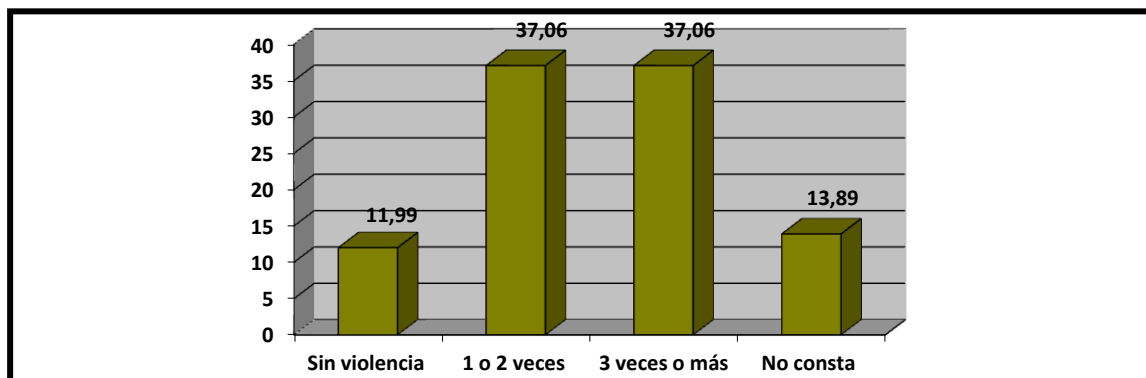
Frecuencia	Porcentaje	N
Nunca o casi nunca	30,53%	28
1 o 2 veces al mes	22,89%	21
1 o 2 veces por semana	20,71%	19
Más de 2 veces por semana	15,26%	14
No consta	10,9%	10

8.1.3.4. Características Personalidad y conducta

Durante el siguiente apartado se va a realizar un análisis de los datos ofrecidos por la prueba HCS-J referente a las características de personalidad de los participantes.

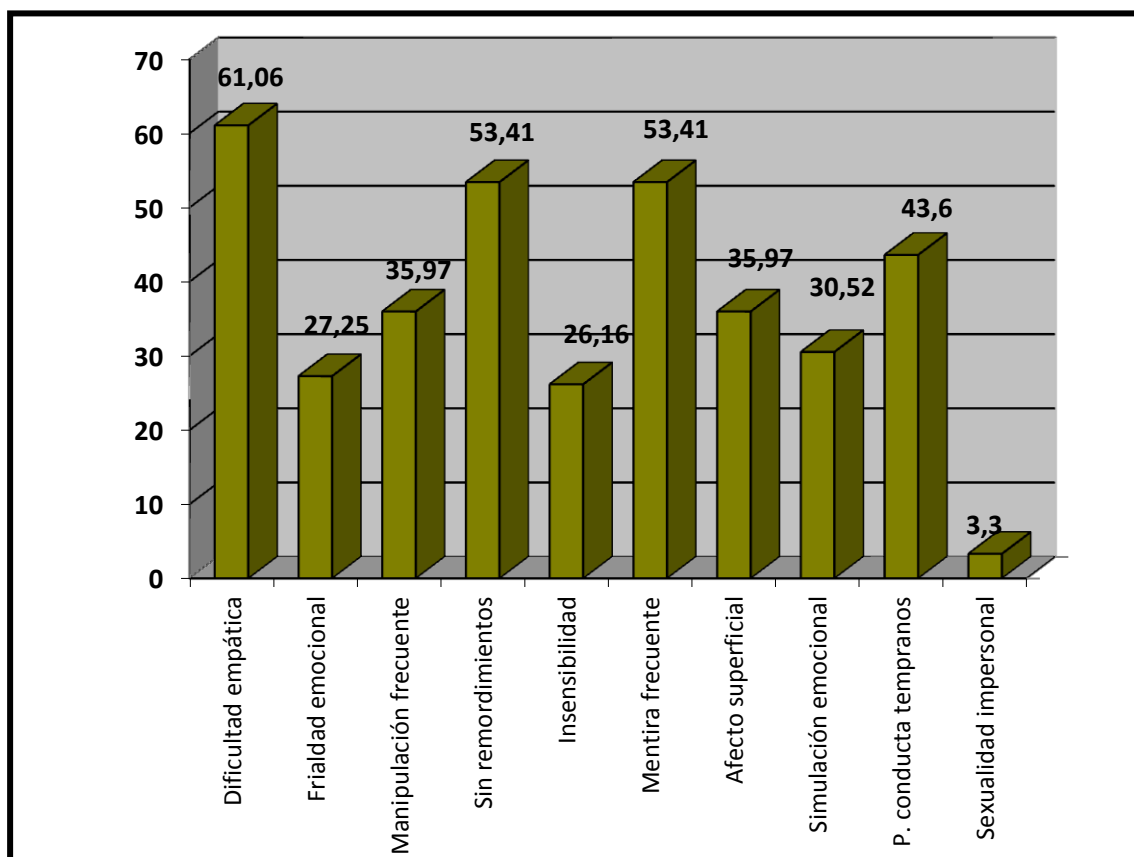
En primer lugar estudiaremos las conductas violentas. El 37,06% (n=34) de los participantes habían presentado conductas violentas en una o dos ocasiones en los últimos 12 meses, el otro 37,06% (n=34) de la muestra habían presentado conductas violentas en tres o más veces en los últimos 12 meses mientras que el 11,99% (n=11) no habían presentado conductas violentas como se muestra en el gráfico 8.17.

Gráfico 8.17. Porcentaje de conductas violentas en el último año



Tras el estudio de las conductas agresivas se realiza un análisis de diferentes características de la personalidad de los participantes, pudiendo puntuar en más de una variables que se describirán, como se muestra en el gráfico 8.18.

Gráfico 8.18. Porcentaje prevalencia de algunas características de personalidad



Como se describe en el gráfico 8.18. el 61,06% de los participantes muestran dificultad para ponerse en el lugar del otro, el 27,25% muestran un fuerte frialdad emocional, el 35,97% de los participantes realizan una manipulación frecuente de los otros, el 53,41% de los participantes muestran una falta de remordimientos, el 26,16%

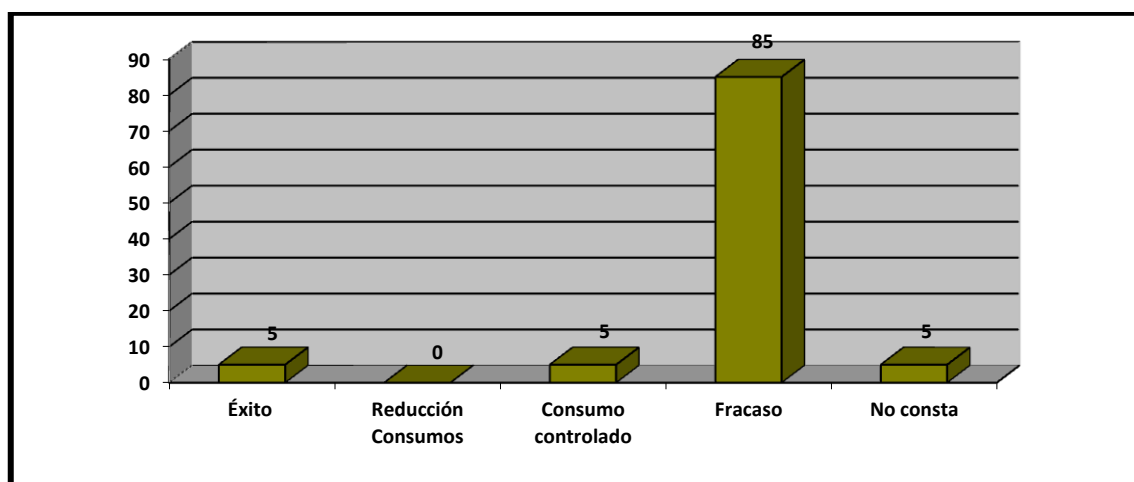
de los participantes muestran una fuerte insensibilidad, el 53,41% de la muestra realizan mentiras frecuentes en su entorno, el 35,97% mantiene un afecto superficial, el 30,52% mantiene una simulación emocional (conductas de arrepentimiento fingidas), el 43,6% han mostrado problemas tempranos de conducta y el 3,3% han mantenido conductas sexuales impersonales.

8.1.3.5. Intervenciones previas en el tratamiento del consumo

En este punto se van a evaluar dos variables interesantes que no se han abordado a través del estudio del perfil de consumo y que la prueba HCS-J mide. Una es la variable tratamiento previo y otra es el éxito del mismo.

Con anterioridad a su internamiento en el Centro el 20% (n=18) de la muestra había realizado un tratamiento con el objeto de abordar la problemática del consumo de drogas. De ese 20% de la muestra total los resultados de tratamiento mostraron un éxito total en un 5% (n=1), realizaron consumos controlados otro 5% (n=1) y fracaso el tratamiento en el 85% (n= 15) de los casos como se muestra en el gráfico 8.19.

Gráfico 8.19. Porcentaje de la eficacia de tratamientos previos



Como resumen del apartado centrado en el estudio descriptivo se puede concluir que la muestra del estudio está compuesta por 92 participantes divididos en dos grupos, uno experimental y otro control. El grupo experimental está compuesto por 52 participantes y el grupo control por 40. Los participantes tienen una edad media de 16,98 años, siendo todos ellos varones. En cuanto a la nacionalidad, el 39,1% son españoles, el 41,3% son latinoamericanos y el 13% magrebíes. En cuanto a la tipología de los delitos cometidos la mayoría de los delitos han sido delitos violentos con

afectación del patrimonio (81,5%), tales como el robo con fuerza o el robo con intimidación y violencia.

El 61,6% de los participantes procedía de una familia disfuncional. Dentro de las familias de carácter disfuncional la problemática más frecuente son los factores económicos, seguido de los problemas relacionales, delincuencia y el consumo de drogas. En cuanto al estilo educativo se refiere tan solo el 1,1% de los padres y el 3,27% de las madres tienen un estilo educativo adecuado y de apoyo.

En cuanto al nivel formativo de los participantes se debe resaltar que es muy bajo, encontrándose una tasa muy amplia de abandono escolar, absentismo y fracaso escolar. Casi el 90% de los participantes tiene un grupo de relación disocial, siendo frecuente la relación de los participantes con jóvenes mayores que ellos o la pertenencia a grupos juveniles de carácter violento. Durante el estudio del uso del ocio y del tiempo libre de los participantes, antes de cumplir la medida, se ha podido observar una ausencia de factores de protección en las actividades realizadas. Por el contrario se puede observar altos porcentajes en actividades que se podrían considerar factores de riesgo, como pasar mucho tiempo en la calle sin una ocupación concreta con sus amigos, encontrarse frecuentemente en la calle consumiendo cannabis o realizando botellón o pasar mucho tiempo en la calle sin ninguna ocupación.

Como referencia a las características de personalidad de los participantes cabe destacar una alta prevalencia de falta de empatía, frialdad emocional, manipulación frecuente, falta de remordimientos, insensibilidad, mentiras frecuentes, afecto superficial, simulación emocional (conductas de arrepentimiento fingidas) y problemas tempranos de conducta. Del mismo modo cabe destacar que tan solo 1 de cada 10 participantes no habían realizado conductas violentas en el último año antes del internamiento.

8.2. Evaluación de la eficacia del tratamiento

8.2.1. Características de consumo de la muestra

En este apartado se van a presentar los estadísticos descriptivos obtenidos en relación con cada una de las variables del consumo de drogas estudiadas con los instrumento T-ASI, IGI-J, HCS-J y los Registros del Centro Teresa de Calcuta al inicio de los internamientos. Los datos hacen referencia a la tipología de consumo que mantenían los participantes durante el último mes previo al internamiento. Realizando una revisión de todas las pruebas mencionadas se clasifica a los participantes en cinco categorías, las cuales son:

1. Consumidor experimental: se ha probado la droga una o pocas veces. Como la experiencia fue neutra o aún negativa, no ha vuelto a usar la droga.

2. Consumidor ocasional: el consumo se produce periódicamente, asociado habitualmente a situaciones de ocio y con el claro fin de obtener un refuerzo positivo inmediato. Este consumo ocurre casi siempre en un ambiente social.

3. Consumidor abusivo: el consumidor que entra en esta categoría es el que consume cantidades crecientes de la droga y frecuentemente comenzará a experimentar con otros tipos de droga u otras vías de consumo (vía nasal, intravenosa, inhalado, etc.). Este tipo de abuso es el resultado de una decisión cognitiva y consciente de abusar de la droga y difiere cualitativamente del consumo adictivo. La transición de consumidor social a un abusador es una diferencia de grados; la transición entre el abusador y el consumidor adicto es una diferencia de tipo.

4. Consumidor compulsivo: este tipo de consumo es el que se presenta cuando la persona ha desarrollado dependencia hacia la sustancia. Se caracteriza por ser episódico y compulsivo. El sujeto puede no consumir todos los días, aun que normalmente el consumo es diario, pero cuando lo hace es de manera compulsiva y con pérdida de control. Los intentos de control por parte del dependiente son infructuosos y comienza a aumentarse el uso a pesar de daño que el consumo produce en la vida cotidiana. Con el consumo compulsivo se presentan los fenómenos de tolerancia y dependencia.

5. Abstemio: no consume la droga a estudio.

Se ha podido constatar que, con referencia al consumo de alcohol previo al internamiento, el 5,4% (n=5) de los participantes había realizado un consumo experimental, el 25% (n=23) había realizado un consumo ocasional, el 64,1% (n=59)

realizó un consumo abusivo y el 5,4% (n=5) realizó un consumo compulsivo, véase tabla 8.32.

Con referencia al consumo de cannabis previo al internamiento, el 1,1% (n=1) de los internos nunca lo había probado, el 3,3% (n=3) de los participantes había realizado un consumo experimental, el 2,2% (n=2) había realizado un consumo ocasional, el 7,6% (n=59) realizó un consumo abusivo y el 85,9% (n=79) realizó un consumo compulsivo, véase tabla 8.32.

Con referencia al consumo de cocaína previo al internamiento, el 41% (n=38) de los internos nunca lo había probado, el 21,7% (n=20) de los participantes había realizado un consumo experimental, el 13% (n=12) había realizado un consumo ocasional, el 22,8% (n=21) realizó un consumo abusivo y el 1,1% (n=1) realizó un consumo compulsivo, véase tabla 8.32.

Con referencia al consumo de éxtasis (MDMA o cristal) previo al internamiento, el 78% (n=72) de los internos nunca lo había probado, el 5,4% (n=5) de los participantes había realizado un consumo experimental, el 7,6% (n=7) había realizado un consumo ocasional, el 8,7% (n=8) realizó un consumo abusivo y ninguno realizó un consumo compulsivo, véase tabla 8.32.

Tabla 8.32. Porcentaje de prevalencia de consumo de drogas en la muestra

	Abstemio	Experimental	Ocasional	Abusivo	Compulsivo
Alcohol	0%	5,4%	25%	64,1%	5,4%
Cannabis	1,1%	3,3%	2,2%	7,6%	85,9%
Cocaína	41%	21,7%	13%	22,8%	1,1%
Éxtasis	78%	5,4%	7,6%	8,7%	0%
Inhalantes	90%	2,2%	4,3%	1,1%	2,2%
Benzodiacepinas	96,7%	2,2%	1,1%	0%	0%
Heroína	96,7%	3,3%	0%	0%	0%

Con referencia al consumo de inhalantes (pegamento o disolventes) previo al internamiento el 90% (n=83) de los internos nunca lo había probado, el 2,2% (n=2) de los participantes había realizado un consumo experimental, el 4,3% (n=4) había realizado un consumo ocasional, el 1,1% (n=1) realizó un consumo abusivo y un 2,2% (n=2) realizó un consumo compulsivo, véase tabla 8.32.

Con referencia al consumo de benzodicepinas previo al internamiento el 96,7% (n=89) de los internos nunca lo había probado, el 2,2% (n=2) de los participantes había realizado un consumo experimental y el 1,1% (n=1) había realizado un consumo ocasional, véase tabla 8.32.

Con referencia al consumo de heroína previo al internamiento el 96,7% (n=89) de los internos nunca lo había probado y el 3,3% (n=3) de los participantes había realizado un consumo experimental, véase tabla 8.32.

8.2.2. Índices de gravedad del problema asociado al consumo de drogas descrita por la prueba T-ASI

El siguiente punto a estudio serán los resultados ofrecidos por las diferentes variables que mide la prueba T-ASI. La prueba se divide en 7 sub-escalas que miden la gravedad de la problemática y la necesidad de tratamiento del adolescente en diferentes áreas, evaluándose dicha problemática con una escala de 1 al 5, siendo el 1 la ausencia de problema y el 5 la puntuación más alta. Los resultados del estudio se exponen en la tabla 8.33.

Tabla 8.33. Estudio de las sub-escalas de la prueba T-ASI

	Consumo de alcohol y drogas	Problema escolar	Problema laboral	Problema familiar	Problema social o con iguales	Problema legal	Problema de salud mental
Media	4,86	4,52	3,36	4,64	4,75	3,13	1,56
Desv. tip.	0,36	0,67	1,57	0,52	0,43	0,42	1,09

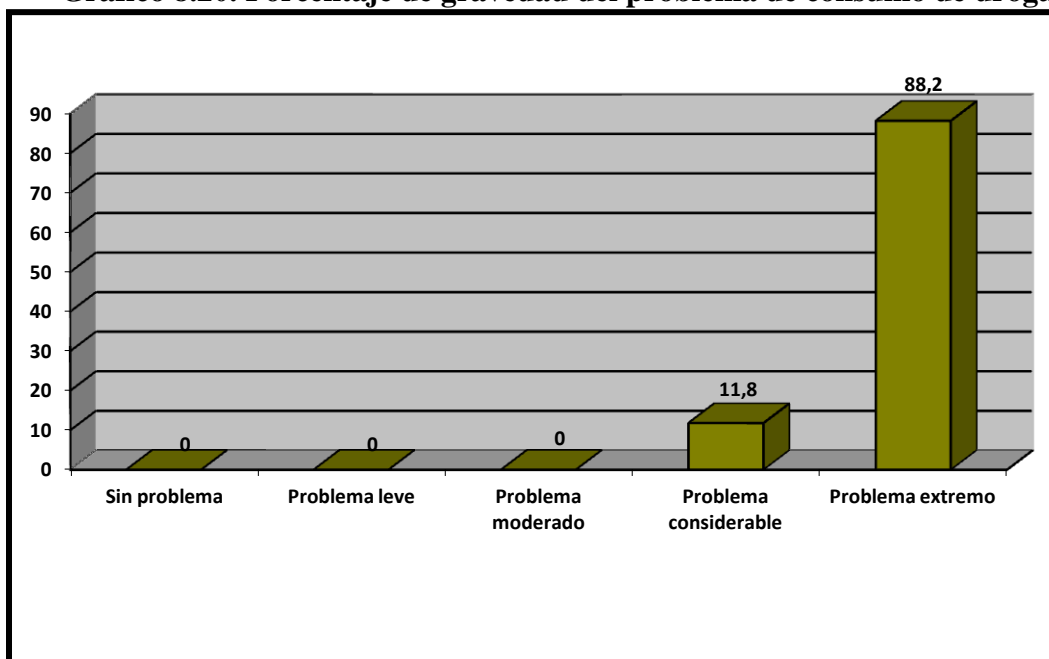
En el estudio realizado se ha podido constatar que la escala gravedad de la problemática de consumo de alcohol y drogas medida al inicio del internamiento tiene una media de 4,86 y una desviación típica de 0,36. La escala de gravedad de la problemática escolar medida al inicio del internamiento tiene una media de 4,52 y una desviación típica de 0,67. La escala de gravedad de la problemática laboral o de sustento vital medida al inicio del internamiento tiene una media de 3,36 y una desviación típica de 1,57. La escala de gravedad de la problemática familiar medida al inicio del internamiento tiene una media de 4,64 y una desviación típica de 0,52. La escala de gravedad de la problemática social o de grupo de iguales tiene una media de 4,75 y una desviación típica de 0,43. La escala de gravedad de la problemática legal

tiene una media de 3,13 y una desviación típica de 0,42. Por último la escala de gravedad de la problemática de salud mental tiene una media de 1,56 y una desviación típica de 1,09.

A continuación, se realizará un estudio pormenorizado de las frecuencias de cada sub-escala de la prueba T-ASI para definir de manera más concreta las necesidades de tratamiento que tenían los participantes antes de su internamiento.

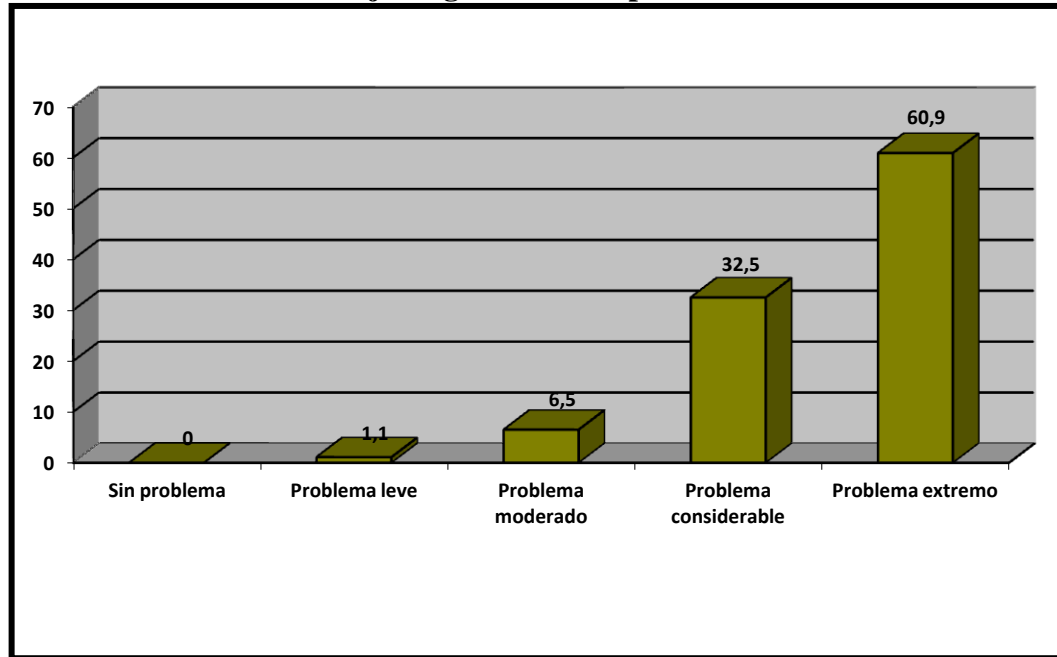
Como se refleja en el gráfico 8.20, en la variable escala de gravedad de la problemática del consumo de alcohol y drogas medida al inicio del internamiento el 11,8% (n=11) de los participantes tenía un problema considerable, con un tratamiento necesario. El 88,2% (n=81) de los participantes tenían un problema extremo, resultando el tratamiento absolutamente necesario.

Gráfico 8.20. Porcentaje de gravedad del problema de consumo de drogas



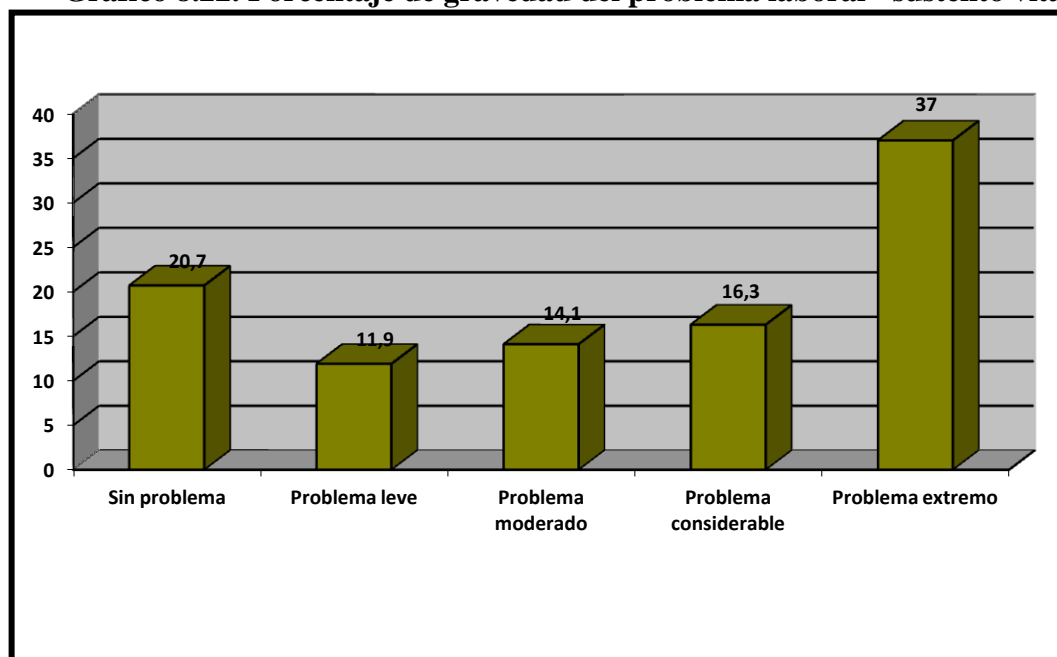
En la variable escala de gravedad de la problemática asociada al fracaso escolar medida al inicio del internamiento, como se muestra en el gráfico 8.21, el 1,1,% (n= 1) tiene un problema leve y probablemente no necesita tratamiento, el 6,5% (n=6) tiene un problema moderado y muestran algun necesidad de tratamiento indicado, el 32,5% (n=29) tiene un problema considerable yo con necesidad de tratamiento, y el 60,9% (n=56) tiene un problema extremo, con un tratamiento absolutamente necesario.

Gráfico 8.21. Porcentaje de gravedad del problema escolar



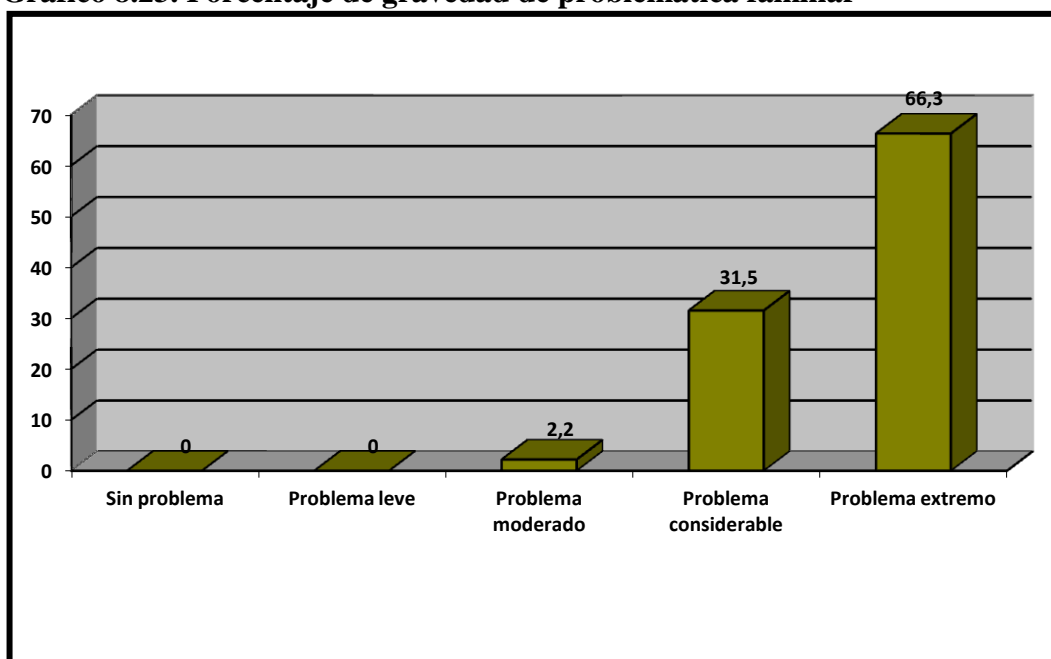
En la variable escala de gravedad de la problemática asociada al sustento vital - laboral al inicio del internamiento, como se muestra en el gráfico 8.22, el 20,7% (n=19) no tiene problema y no necesita de intervención. El 11,9% (n= 11) tiene un problema leve, probablemente no necesita tratamiento. El 14,1% (n=13) tiene un problema moderado, con necesidad de algún tratamiento indicado. El 16,3% (n=15) tiene un problema considerable, con necesidad de tratamiento. Y el 37% (n=34) tiene un problema extremo, con un tratamiento absolutamente necesario.

Gráfico 8.22. Porcentaje de gravedad del problema laboral - sustento vital



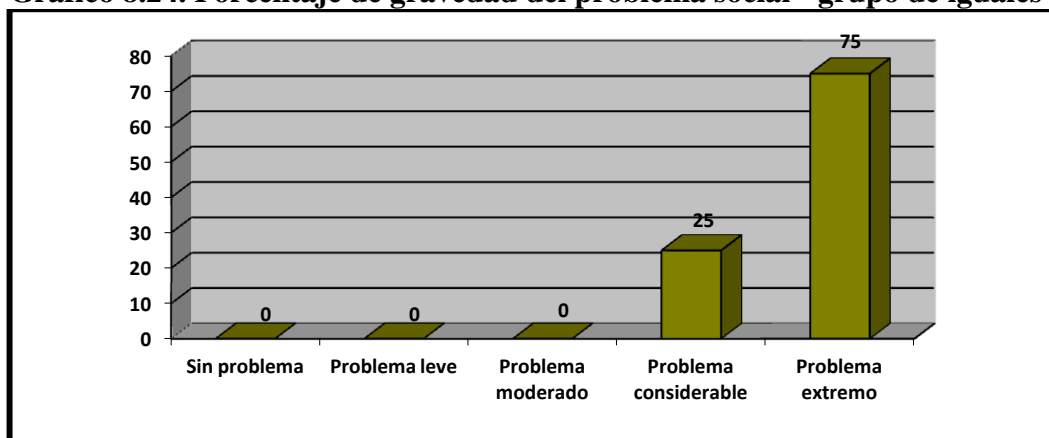
En la variable escala de gravedad de la problemática asociada a la familia al inicio del internamiento, como se muestra en el gráfico 8.23., el 2,2% (n=2) tiene un problema moderado, con necesidad de algún tratamiento indicado. El 31,5% (n=29) tiene un problema considerable, con necesidad de tratamiento. Y el 66,3% (n=61) tiene un problema extremo, con un tratamiento absolutamente necesario.

Gráfico 8.23. Porcentaje de gravedad de problemática familiar



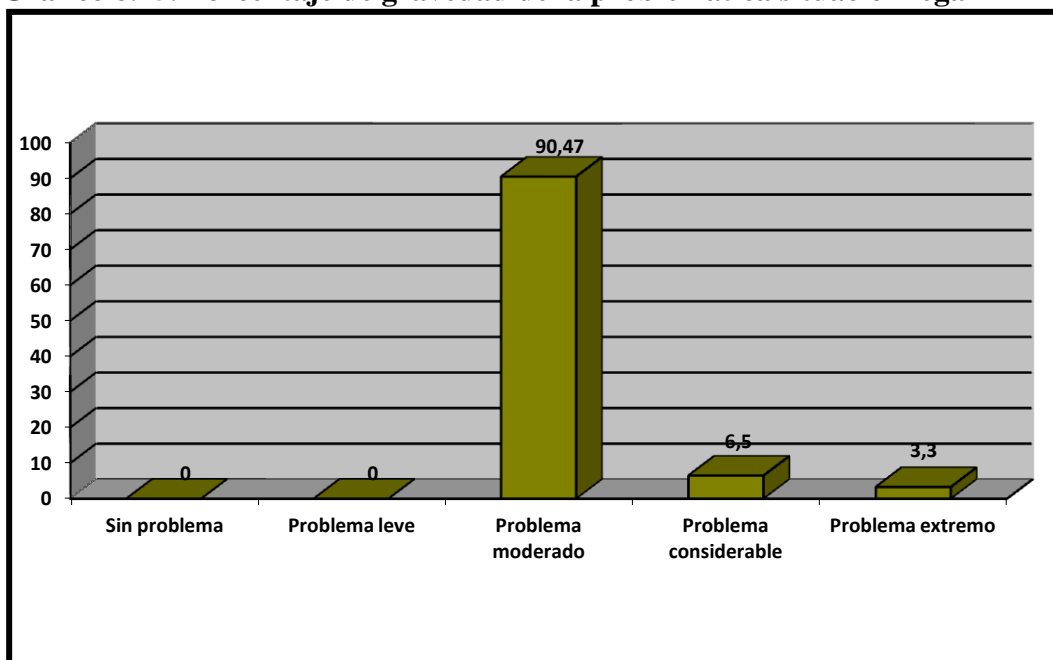
En la variable escala de gravedad de la problemática asociada al grupo de iguales - sociales al inicio del internamiento, como se muestra en el gráfico 8.24, el 25% (n=23) tiene un problema considerable, con necesidad de tratamiento, y el 75% (n=69) tiene un problema extremo, con un tratamiento absolutamente necesario.

Gráfico 8.24. Porcentaje de gravedad del problema social - grupo de iguales



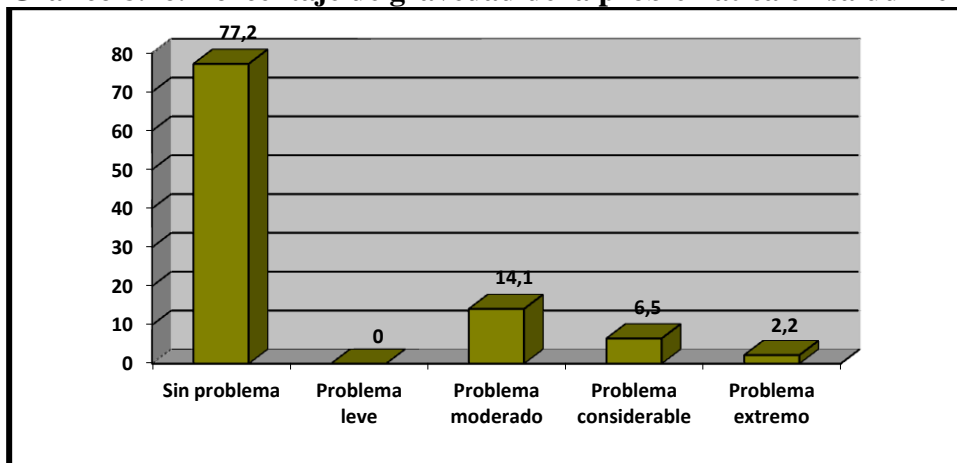
En la variable escala de gravedad de la problemática asociada a la situación legal al inicio del internamiento, como se muestra en el gráfico 8.25, el 90,47% (n=83) tiene un problema moderado, con necesidad de algún tratamiento indicado. El 6,5% (n=6) tiene un problema considerable, con necesidad de tratamiento. Y el 3,3% (n=3) tiene un problema extremo, con un tratamiento absolutamente necesario.

Gráfico 8.25. Porcentaje de gravedad de la problemática situación legal



En la variable escala de gravedad de la problemática asociada a la salud mental al inicio del internamiento, como se muestra en el gráfico 8.26, el 77,2% (n=71) no tiene problema, El 14,1% (n=13) tiene un problema moderado. El 6,5% (n=6) tiene un problema considerable y el 2,2% (n=34) tiene un problema extremo.

Gráfico 8.26. Porcentaje de gravedad de la problemática en salud mental



8.2.3. Estudio de la eficacia del tratamiento

En el presente apartado se van a realizar análisis con el objetivo de averiguar si la intervención del programa de tratamiento ha sido eficaz y determinar el tamaño de su efecto. Para ello, se van a comparar los datos del grupo experimental frente a los del grupo control en dos momentos temporales: el momento del ingreso en el Centro y un seguimiento tras varios meses en libertad, todo ello evaluados por la prueba T-ASI. Del mismo modo, se van a realizar comparaciones entre los datos del grupo experimental frente al del grupo control en dos momentos temporales, como se ha descrito anteriormente, para evaluar la evolución de los consumos de drogas tras el internamiento.

En la Tabla 8.34 se recogen las medias de los dos grupos en las escalas problemas con el consumo de drogas, problemas escolares, problemas de empleo o soporte vital, problemas familiares, problemas sociales, problemas legales y en la escala problemas psíquicos, así como los valores de las pruebas F para los efectos principales de los factores grupo y momento de la evaluación y para el efecto de su interacción, valores resultantes del ANOVA sobre dichas medidas.

Tabla 8.34. Medias de los grupos de pacientes en el pretatamiento y en el postratamiento y resultados del ANOVA sobre dichas medias

Grupos	T-ASI Drogas Pre	T-ASI Drogas Post
Control (N= 40)	4,85 ± 0,36	3,93 ± 1,10
Experimental (N= 52)	4,88 ± 0,38	2,88 ± 1,48
Grupo: $F_{(1,90)} = 11,87$; $p=0,001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,116$ Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 105,16$; $p=0,000^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,539$ Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 14,54$; $p=0,000^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,139$		
Grupos	T-ASI Escolar Pre	T-ASI Escolar Post
Control (N= 40)	4,65 ± 0,62	3,44 ± 0,99
Experimental (N= 52)	4,42 ± 0,69	2,76 ± 1,15
Grupo: $F_{(1,90)} = 9,69$; $p=0,002^{**}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,097$ Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 142,01$; $p=0,000^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,61$ Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 3,61$; $p=0,060$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,39$		
Grupos	T-ASI Soporte Pre	T-ASI Soporte Post
Control (N= 40)	4,10 ± 1,10	3,93 ± 1,10
Experimental (N= 52)	3,20 ± 1,08	1,96 ± 1,23
Grupo: $F_{(1,90)} = 641,81$; $p=0,000^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,87$ Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 38,09$; $p=0,000^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,297$ Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 0,14$; $p=0,9$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,000$		

Continúa en página siguiente

Tabla 8.34. Medias de los grupos de pacientes en el pretatramiento y en el postratamiento y resultados del ANOVA sobre dichas medias, continuación

Grupos	T-ASI familia Pre	T-ASI familia Post
Control (N= 40)	4,82 ± 0,44	3,41 ± 0,90
Experimental (N= 52)	4,50 ± 0,54	3,19 ± 1,14

Grupo: $F_{(1,90)} = 4,01$; $p=0,048^*$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,053$

Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 160,14$; $p=0,000^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,640$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 0,23$; $p=0,63$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,003$

Grupos	T-ASI Social Pre	T-ASI Social Post
Control (N= 40)	4,82 ± 0,38	3,62 ± 0,78
Experimental (N= 52)	4,69 ± 0,46	3,23 ± 1,10

Grupo: $F_{(1,90)} = 4,92$; $p=0,029^*$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,052$

Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 158,35$; $p=0,000^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,638$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 1,53$; $p=0,21$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,017$

Grupos	T-ASI Legal Pre	T-ASI Legal Post
Control (N= 40)	3,07 ± 0,26	3,25 ± 0,45
Experimental (N= 52)	3,17 ± 0,51	2,93 ± 0,87

Grupo: $F_{(1,90)} = 1,35$; $p=0,247$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,015$

Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 0,10$; $p=0,74$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,001$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 6,93$; $p=0,01^*$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,072$

Grupos	T-ASI Psíquico Pre	T-ASI Psíquico Post
Control (N= 40)	1,20 ± 0,72	1,05 ± 0,22
Experimental (N= 52)	1,84 ± 1,24	1,52 ± 0,83

Grupo: $F_{(1,90)} = 12,22$; $p=0,001^{**}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,120$

Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 6,88$; $p=0,010^*$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,0071$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 0,93$; $p=0,339$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,010$

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT).

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$.

η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial

Los resultados indican que en la escala problemas con el consumo de drogas el efecto del factor grupo fue significativo ($F_{(1,90)} = 11,87$; $p<0,01$). El efecto del factor momento de la evaluación también fue significativo ($F_{(1,90)} = 105,16$; $p<0,001$), así como el efecto de la interacción ($F_{(1,90)} = 14,54$; $p<0,001$) (véase Tabla 8.34.).

En la escala problemas escolares el efecto del factor grupo fue significativo ($F_{(1,90)} = 9,69$; $p<0,01$). El efecto del factor momento de la evaluación también fue significativo ($F_{(1,90)} = 142,01$; $p<0,001$), no siendo significativo el efecto de la interacción ($F_{(1,90)} = 3,61$; $p=0,06$) (véase Tabla 8.34.).

En la escala problemas laborales o de soporte vital el efecto del factor grupo fue significativo ($F_{(1,90)} = 641$; $p<0,001$). El efecto del factor momento de la evaluación

también fue significativo ($F_{(1,90)} = 38,09$; $p < ,001$), no siendo significativo el efecto de la interacción ($F_{(1,90)} = 0,14$; $p = 0,9$) (véase Tabla 8.34.).

En la escala problemas familiares el efecto del factor grupo fue significativo ($F_{(1,90)} = 4,01$; $p < ,05$). El efecto del factor momento de la evaluación también fue significativo ($F_{(1,90)} = 160,14$; $p < ,001$), no siendo significativo el efecto de la interacción ($F_{(1,90)} = 0,23$; $p = 0,63$) (véase Tabla 8.34.).

En la escala problemas de relaciones sociales el efecto del factor grupo fue significativo ($F_{(1,90)} = 4,92$; $p < ,05$). El efecto del factor momento de la evaluación también fue significativo ($F_{(1,90)} = 158,35$; $p < ,001$), no siendo significativo el efecto de la interacción ($F_{(1,90)} = 1,53$; $p = 0,21$) (véase Tabla 8.34.).

En la escala problemas legales tan solo fue significativo el efecto de la interacción entre el grupo y el tiempo ($F_{(1,90)} = 6,93$; $p < ,05$) (véase Tabla 8.34.).

Por último, en la escala problemas de salud mental, el efecto del factor grupo fue significativo ($F_{(1,90)} = 12,22$; $p < ,01$). El efecto del factor momento de la evaluación también fue significativo ($F_{(1,90)} = 6,88$; $p < ,05$), no siendo significativo el efecto de la interacción ($F_{(1,90)} = 0,93$; $p = 0,339$) (véase Tabla 8.34.).

Tras el análisis de los resultados ofrecidos por la pruebas F para los efectos principales de los factores grupo y momento de la evaluación y para el efecto de su interacción se va a proceder a analizar la interacción entre el grupo y el momento de la evaluación a través de comparaciones post-hoc (Bonferroni), como se describe en la tabla 8.35.

Del análisis de los datos que contiene la tabla 8.35 se puede afirmar que en la variable *problemas de consumo* de drogas se produce una reducción estadísticamente significativa entre el pre y el post tanto para el grupo control como para el experimental (véase Tabla 8.35). Sin embargo, el tamaño del efecto del programa de intervención del grupo experimental fue mucho mayor que el del grupo control ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,55$ Vs $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,16$).

Del mismo, modo en la escala de *problemas escolares* se produce una reducción estadísticamente significativa entre el pre y el post tanto para el grupo control como para el experimental (véase Tabla 8.35). El tamaño del efecto del programa de intervención fue mayor que el del grupo control ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,55$ Vs $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,33$).

En las variables *problema de soporte vital* y *problemas familiares* se produce una reducción estadísticamente significativa entre el pre y el post tanto para el grupo control como para el experimental (véase Tabla 8.35), siendo el tamaño del efecto muy

parecidos en ambos grupos (η^2 parcial= 0,16 Vs η^2 parcial= 0,19 en soporte y η^2 parcial= 0,45 Vs η^2 parcial= 0,48 en familia).

Tabla 8.35. Cambios pretratamiento-postratamiento en cada grupo de pacientes

	Control (N= 40)	Experimental (N= 52)
	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)
T-ASI Drogas	0,92*** $F_{(1,90)}= 18,35***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,16$	2*** $F_{(1,90)}= 113,80***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,55$
T-ASI Escolar	1,20*** $F_{(1,90)}= 44,36***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,33$	1,66*** $F_{(1,90)}= 109,79***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,55$
T-ASI Soporte	0,87*** $F_{(1,90)}= 17,48***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,16$	0,84*** $F_{(1,90)}= 21,08***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,19$
T-ASI Familia	1,40*** $F_{(1,90)}= 76,35***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,45$	1,30*** $F_{(1,90)}= 85,17***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,48$
T-ASI Social	1,20*** $F_{(1,90)}= 56,93***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,38$	1,46*** $F_{(1,90)}= 109,86***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,55$
T-ASI Legal	-0,184 $F_{(1,90)}= 2,35$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,02$	0,236* $F_{(1,90)}= 5,028*$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,05$
T-ASI Psíquico	0,147 $F_{(1,90)}= 1,222$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,01$	0,317** $F_{(1,90)}= 7,387**$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,07$

Nota. Los valores de las columnas indican la diferencia entre medias del pretratamiento y el postratamiento en cada una de las subescalas.

η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial.

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$.

Tanto en la escala de *problemas legales* como en la escala *problemas psíquicos* se produce una reducción estadísticamente significativa entre el pre y el post tan solo para el grupo experimental (véase Tabla 8.35). El tamaño del efecto del programa de intervención del grupo experimental fue muy limitado en estas dos variables (η^2 parcial= 0,05 para la variable problemas legales y η^2 parcial= 0,16 para la variable problemas psíquicos).

Por último se ha de destacar que en la escala de *problemas en el ámbito social* se produce una reducción estadísticamente significativa entre el pre y el post tanto para el

grupo control como para el experimental (véase Tabla 8.35). El tamaño del efecto del programa del grupo experimental fue mayor que el del grupo control ($\eta^2_{\text{parcial}}=0,55$ Vs $\eta^2_{\text{parcial}}=0,38$).

Tras el análisis de las variables medidas por la prueba T-ASI, se continuará estudiando cómo evolucionan los consumos de los participantes tras el internamiento en las sustancias donde se detectó una tasa elevada de consumos previas al internamiento. En la Tabla 8.46. se recogen las medias de los dos grupos en las escalas consumo de cannabis, consumo de alcohol, consumo de cocaína y consumo de éxtasis, así como los valores de las pruebas F para los efectos principales de los factores grupo y momento de la evaluación y para el efecto de su interacción, valores resultantes del ANOVA sobre dichas medidas.

Tabla 8.36. Medias de los grupos en variables de consumo de drogas en el pretratamiento y en el postratamiento y resultados del ANOVA

Grupos	Consumo alcohol Pre	Consumo alcohol Post
Control (N= 40)	2,85 ± 0,59	2,45 ± 0,65
Experimental (N= 52)	2,59 ± 0,69	1,48 ± 1,15

Grupo: $F_{(1,90)}=18,63$; $p=0,000***$; $\eta^2_{\text{parcial}}=0,172$

Momento de la evaluación: $F_{(1,90)}=43,57$; $p=0,000***$; $\eta^2_{\text{parcial}}=0,326$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(1,90)}=10,74$; $p=0,001**$; $\eta^2_{\text{parcial}}=0,107$

Grupos	Consumo cannabis Pre	Consumo cannabis Post
Control (N= 40)	3,72 ± 0,67	2,72 ± 1,41
Experimental (N= 52)	3,75 ± 0,81	1,91 ± 1,62

Grupo: $F_{(1,90)}=4,49$; $p=0,037*$; $\eta^2_{\text{parcial}}=0,048$

Momento de la evaluación: $F_{(1,90)}=65,89$; $p=0,000***$; $\eta^2_{\text{parcial}}=0,423$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(1,90)}=7,977$; $p=0,018*$; $\eta^2_{\text{parcial}}=0,060$

Grupos	Consumo cocaína Pre	Consumo cocaína Post
Control (N= 40)	1,12 ± 1,13	0,33 ± 0,66
Experimental (N= 52)	1,26 ± 1,31	0,24 ± 0,63

Grupo: $F_{(1,90)}=0,28$; $p=0,86$; $\eta^2_{\text{parcial}}=0,00$

Momento de la evaluación: $F_{(1,90)}=53,17$; $p=0,000***$; $\eta^2_{\text{parcial}}=0,371$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(1,90)}=0,87$; $p=0,35$; $\eta^2_{\text{parcial}}=0,010$

Grupos	Consumo éxtasis Pre	Consumo éxtasis Post
Control (N= 40)	0,32 ± 0,76	0,0 ± 0,0
Experimental (N= 52)	0,57 ± 1,09	0,15 ± 0,48

Grupo: $F_{(1,90)}=2,90$; $p=0,092$; $\eta^2_{\text{parcial}}=0,031$

Momento de la evaluación: $F_{(1,90)}=15,20$; $p=0,000***$; $\eta^2_{\text{parcial}}=0,145$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(1,90)}=0,25$; $p=0,61$; $\eta^2_{\text{parcial}}=0,003$

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT).

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$.

η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial.

Los resultados indican que en la variable consumo de alcohol el efecto del factor grupo fue significativo ($F_{(1,90)} = 18,63$; $p < ,001$). El efecto del factor momento de la evaluación también fue significativo ($F_{(1,90)} = 43,57$; $p < ,001$), así como el efecto de la interacción ($F_{(1,90)} = 10,74$; $p < ,01$) (véase Tabla 8.36.).

En la variable consumo de cannabis el efecto del factor grupo fue significativo ($F_{(1,90)} = 4,49$; $p < ,05$). El efecto del factor momento de la evaluación también fue significativo ($F_{(1,90)} = 65,89$; $p < ,001$), así como el efecto de la interacción ($F_{(1,90)} = 7,97$; $p < ,05$) (véase Tabla 8.36.).

En la variable consumo de cocaína tan solo fue significativo el efecto del factor momento de la evaluación ($F_{(1,90)} = 53,17$; $p < ,001$) (véase Tabla 8.36.), al igual que en la variable consumo de éxtasis que tan solo es fue significativo el efecto del factor momento de la evaluación ($F_{(1,90)} = 15,20$; $p < ,001$) (véase Tabla 8.36.).

Tras el análisis de los resultados ofrecidos por la pruebas F para los efectos principales de los factores grupo y momento de la evaluación y para el efecto de su interacción se va a proceder a analizar la interacción entre el grupo y el momento de la evaluación a través de comparaciones post-hoc (Bonferroni) (descrito en tabla 8.37).

Tabla 8.37. Cambios en el consumo entre el pretratamiento y el postratamiento en cada grupo de pacientes

	Control (N= 40)	Experimental (N= 52)
	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)
Consumo de alcohol	0,34* $F_{(1,90)} = 4,88^*$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,05$	1,11*** $F_{(1,90)} = 56,11^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,38$
Consumo de Cannabis	1*** $F_{(1,90)} = 14,45^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,13$	1,84*** $F_{(1,90)} = 63,61^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,41$
Consumo de Cocaína	0,79*** $F_{(1,90)} = 17,88^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,16$	1,27*** $F_{(1,90)} = 38,90^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,30$
Consumo de Éxtasis	0,32* $F_{(1,90)} = 5,10^*$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,05$	0,42** $F_{(1,90)} = 11,13^{**}$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,11$

Nota. Los valores de las columnas indican la diferencia entre medias del pretratamiento y el postratamiento en cada una de las subescalas.

η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial.

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$.

Se observa que en la variable consumo de alcohol se produce una reducción estadísticamente significativa entre el pre y el post tanto para el grupo control como para el experimental (véase Tabla 8.37). Sin embargo, el tamaño del efecto del programa de intervención del grupo experimental fue mayor que el del grupo control ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,38$ Vs $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,05$).

Del mismo modo en la escala consumo de cannabis se produce una reducción estadísticamente significativa entre el pre y el post tanto para el grupo control como para el experimental (véase Tabla 8.37). El tamaño del efecto del programa de intervención fue mayor para el grupo experimental ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,41$ Vs $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,13$).

Se ha de destacar que en la variable consumo de cocaína se produce una reducción estadísticamente significativa entre el pre y el post tanto para el grupo control como para el experimental (véase Tabla 8.37). El tamaño del efecto del programa de intervención fue mayor para el grupo experimental ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,30$ Vs $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,16$).

En la variable consumo de éxtasis se produce una reducción estadísticamente significativa entre el pre y el post tanto para el grupo control como para el experimental (véase Tabla 8.37), siendo el tamaño del efecto mayor en el grupo experimental ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,11$ Vs $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,05$).

Como resumen del apartado que evalúa la eficacia del tratamiento se debe destacar que, en la escala problemas con el consumo de drogas, el efecto del factor grupo, factor tiempo y la interacción fue significativo, lo que significa que el grupo experimental reduce de manera significativamente mayor la tasa de problemas asociados al consumo de drogas que el grupo control a lo largo del tiempo. Se evaluó la tasa de cambio que proporcionaban las dos condiciones experimentales, encontrando que en la variable problemas asociados al consumo de drogas se produce una reducción estadísticamente significativa entre el pre y el post tanto para el grupo control como para el experimental. Sin embargo, el tamaño del efecto del programa de intervención del grupo experimental fue mucho mayor que el del grupo control ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,55$ Vs $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,16$). Del mismo modo el tamaño del efecto del programa de intervención fue mayor para el grupo experimental en las escalas de problemas escolares y problemas en el ámbito social.

Del mismo modo se ha podido constatar estadísticamente que el grupo experimental reduce de manera significativamente mayor la tasa de consumo de alcohol y cannabis que el grupo control tras el internamiento. Se observa que el consumo de cannabis, alcohol, cocaína y éxtasis se reduce entre el pre y el post tanto para el grupo control como para el experimental. Sin embargo, el tamaño del efecto del programa de intervención en el consumo de cannabis del grupo experimental fue mayor que el del grupo control (η^2 parcial= 0,41 Vs η^2 parcial= 0,13). Lo mismo sucede en el consumo de alcohol, (η^2 parcial= 0,38 Vs η^2 parcial= 0,05), el consumo de cocaína, (η^2 parcial= 0,30 Vs η^2 parcial= 0,16) y el consumo de éxtasis (η^2 parcial= 0,11 Vs η^2 parcial= 0,05) donde la condición experimental obtiene mayores tamaños del efecto que la condición control.

8.3. Análisis de la evolución del factor de riesgo total del IGI-J a lo largo del tiempo.

El objeto del siguiente apartado será realizar un estudio longitudinal de la evolución de las puntuaciones obtenidas por los participantes en la prueba IGI - J a lo largo del tiempo. Del mismo, modo se pretende analizar el nivel de cambio de los participantes en los distintos factores de riesgo a lo largo del cumplimiento de las medidas judiciales y determinar si existen otras variables que están afectando a este cambio.

En los estudios longitudinales, para poder analizar cómo cambian las variables a lo largo del tiempo, es imprescindible que todos los participantes hayan sido evaluados en todos los momentos temporales para poder realizar un análisis de varianza de medidas repetidas. Sin embargo, en esta investigación no todos los participantes pasan por todas las evaluaciones, ya que las medidas que imponen los jueces varían de unos menores a otros en función del tipo de delito cometido. Con el fin de poder solventar esta problemática se decidió realizar un análisis multinivel de medidas repetidas, en el cual no es necesario que todos los participantes estén evaluados en todos los momentos temporales, siendo posible analizar los datos de todos los participantes, independientemente del número de evaluaciones que hayan realizado. Este tipo de análisis posibilita determinar cómo cambia un grupo de participantes en una variable a lo largo del tiempo de la evaluación.

Durante el estudio de la evolución del factor de riesgo total del IGI-J, como se muestra en la Tabla 8.38, se ha podido constatar que la estimación del valor de este factor en el tiempo de evaluación 1 es de 28,95 ($p<.001$) (la puntuación de este factor puede ir de 0 a 43). Este factor tiene una tasa de cambio de -3,55 ($p<.001$), tasa de decrecimiento lineal que es estadísticamente significativa y negativa lo que indica que se produce una disminución entre mediciones. Esta disminución de 3,55 puntos entre mediciones, equivale a un cambio en los participantes del 10% en el factor riesgo total (véase Tabla 8.38).

Tabla 8.38. Evolución del factor del IGI-J riesgo total a lo largo del tiempo

Efectos fijos	Coefficiente	Error estándar	<i>P</i>	
Constante o intersección en el origen	28,95	0,66	,000	
Tasa de cambio a lo largo del tiempo	-3,55	0,33	,000	
Efectos aleatorios	Parámetro	Error estándar	<i>P</i>	Correlación intra-clase
Medidas-Varianza no explicada	23,14	2,21	,000	90%
Sujeto-Cambio a lo largo del tiempo	2,48	0,59	,000	10%

Nota. La variable dependiente es el Factor del IGI-J Riesgo total

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$.

En cuanto a la evolución del factor de riesgo situación judicial medida por la prueba IGI-J, como se muestra en la Tabla 8.39, cabe destacar en primer lugar que la estimación del valor de este factor en el tiempo de evaluación 1 es de 1,66 ($p<.001$) (la puntuación de este factor puede ir de 0 a 5). Este factor tiene una tasa de cambio de 0,229 ($p<.001$), tasa de crecimiento lineal que es estadísticamente significativa y positiva lo que indica que se produce un aumento entre mediciones. Este aumento de 0,23 puntos entre mediciones, equivale a un cambio en los participantes del 17% en el factor riesgo por la situación judicial (véase Tabla 8.39).

Tabla 8.39. Evolución del factor del IGI-J riesgo en delitos a lo largo del tiempo

Efectos fijos	Coefficiente	Error estándar	<i>p</i>	
Constante o intersección en el origen	1,66	0,10	,000	
Tasa de cambio a lo largo del tiempo	0,23	0,06	,000	
Efectos aleatorios	Parámetro	Error estándar	<i>P</i>	Correlación intra-clase
Medidas-Varianza no explicada	0,61	0,05	,000	83%
Sujeto-Cambio a lo largo del tiempo	0,12	0,02	,000	17%

Nota. La variable dependiente es el Factor de riesgo situación judicial del IGI-J

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$.

En cuanto a la evolución del factor riesgo por consumo de drogas que mide la escala IGI-J, como se muestra en la Tabla 8.40, cabe destacar en primer lugar que la estimación del valor de este factor en el tiempo de evaluación 1 es de 3,09 ($p<,001$) (la puntuación de este factor puede ir de 0 a 5). Este factor tiene una tasa de cambio de -0,67 ($p<,001$), tasa de decrecimiento lineal que es estadísticamente significativa y negativa lo que indica que se produce una disminución entre mediciones. Esta disminución de 0,67 puntos entre mediciones, equivale a un cambio en los participantes del 5% en el factor de riesgo por consumo de drogas (véase Tabla 8.40).

Tabla 8.40. Evolución del factor del IGI-J riesgo en consumo a lo largo del tiempo

Efectos fijos	Coefficiente	Error estándar	<i>p</i>	
Constante o intersección en el origen	3,09	0,14	,000	
Tasa de cambio a lo largo del tiempo	-0,67	0,06	,000	
Efectos aleatorios	Parámetro	Error estándar	<i>P</i>	Correlación intra-clase
Medidas-Varianza no explicada	1,13	0,10	,000	95%
Sujeto-Cambio a lo largo del tiempo	0,05	0,01	,002	5%

Nota. La variable dependiente es el factor riesgo por consumo de drogas del IGI-J

* $p<,05$ ** $p<,01$ *** $p<,001$.

En cuanto a la evolución del factor de riesgo pautas educativas que mide el cuestionario IGI-J, como se muestra en la Tabla 8.41, cabe destacar en primer lugar que la estimación del valor de este factor en el tiempo de evaluación 1 es de 4,57 ($p<,001$) (la puntuación de este factor puede ir de 0 a 6). Este factor tiene una tasa de cambio de -0,44 ($p<,001$), tasa de decrecimiento lineal que es estadísticamente significativa y negativa lo que indica que se produce una disminución entre mediciones. Esta disminución de 0,44 puntos entre mediciones, equivale a un cambio en los participantes del 11% en el factor de riesgo pautas educativas (véase Tabla 8.41).

Tabla 8.41. Evolución del factor del IGI-J riesgo en pautas educativas a lo largo del tiempo

del tiempo

Efectos fijos	Coefficiente	Error estándar	<i>p</i>	
Constante o intersección en el origen	4,57	0,15	,000	
Tasa de cambio a lo largo del tiempo	-0,44	0,07	,000	
Efectos aleatorios	Parámetro	Error estándar	<i>P</i>	Correlación intra-clase
Medidas-Varianza no explicada	1,29	0,12	,000	89%
Sujeto-Cambio a lo largo del tiempo	0,15	0,03	,000	11%

Nota. La variable dependiente es el factor de riesgo pautas educativas del IGI-J

* $p<,05$ ** $p<,01$ *** $p<,001$.

En cuanto a la evolución del factor de riesgo ocio y diversión medido por la escala IGI-J, como se muestra en la Tabla 8.42, cabe destacar en primer lugar que la estimación del valor de este factor en el tiempo de evaluación 1 es de 2,87 ($p<,001$) (la puntuación de este factor puede ir de 0 a 3). Este factor tiene una tasa de cambio de -0,59 ($p<,001$), tasa de decrecimiento lineal que es estadísticamente significativa y negativa lo que indica que se produce una disminución entre mediciones. Esta disminución de 0,59 puntos entre mediciones, equivale a un cambio en los participantes del 3% en el factor de riesgo ocio y diversión (véase Tabla 8.42).

Tabla 8.42. Evolución del factor del IGI-J riesgo en el ocio y diversión a lo largo del tiempo

del tiempo

Efectos fijos	Coefficiente	Error estándar	<i>p</i>	
Constante o intersección en el origen	2,87	0,11	,000	
Tasa de cambio a lo largo del tiempo	-0,59	0,04	,000	
Efectos aleatorios	Parámetro	Error estándar	<i>P</i>	Correlación intra-clase
Medidas-Varianza no explicada	0,69	0,06	,000	97%
Sujeto-Cambio a lo largo del tiempo	0,02	0,01	,004	3%

Nota. La variable dependiente es el factor de riesgo ocio y diversión del IGI-J.

* $p<,05$ ** $p<,01$ *** $p<,001$.

En cuanto a la evolución del factor de riesgo educación y empleo que mide la prueba IGI-J, como se muestra en la Tabla 8.43, cabe destacar en primer lugar que la estimación del valor de este factor en el tiempo de evaluación 1 es de 4,50 ($p<,001$) (la puntuación de este factor puede ir de 0 a 7). Este factor tiene una tasa de cambio de -1,02 ($p<,001$), tasa de decrecimiento lineal que es estadísticamente significativa y negativa lo que indica que se produce una disminución entre mediciones. Esta disminución de 1,02 puntos entre mediciones, equivale a un cambio en los participantes del 1% en el factor riesgo total (véase Tabla 8.43).

Tabla 8.43. Evolución del factor del IGI-J riesgo educación y empleo a lo largo del tiempo

tiempo

Efectos fijos	Coefficiente	Error estándar	<i>P</i>	
Constante o intersección en el origen	4,50	0,20	,000	
Tasa de cambio a lo largo del tiempo	-1,02	0,08	,000	
Efectos aleatorios	Parámetro	Error estándar	<i>P</i>	Correlación intra-clase
Medidas-Varianza no explicada	2,50	0,24	,000	99%
Sujeto-Cambio a lo largo del tiempo	0,02	0,02	,330	1%

Nota. La variable dependiente es el factor de riesgo educación y empleo del IGI-J

* $p<,05$ ** $p<,01$ *** $p<,001$.

En cuanto a la evolución del factor de riesgo de personalidad y conducta que mide la prueba IGI-J, como se muestra en la Tabla 8.44, cabe destacar en primer lugar que la estimación del valor de este factor en el tiempo de evaluación 1 es de 4,75 ($p<,001$) (la puntuación de este factor puede ir de 0 a 7). Este factor tiene una tasa de cambio de -0,51 ($p<,001$), tasa de decrecimiento lineal que es estadísticamente significativa y negativa lo que indica que se produce una disminución entre mediciones. Esta disminución de 0,51 puntos entre mediciones, equivale a un cambio en los participantes del 10% en el factor riesgo total (véase Tabla 8.44).

Tabla 8.44. Evolución del factor del IGI-J riesgo de personalidad y conducta a lo largo del tiempo

Efectos fijos	Coefficiente	Error estándar	<i>p</i>	
Constante o intersección en el origen	4,75	0,17	,000	
Tasa de cambio a lo largo del tiempo	-0,51	0,08	,000	
Efectos aleatorios	Parámetro	Error estándar	<i>P</i>	Correlación intra-clase
Medidas-Varianza no explicada	1,53	0,14	,000	90%
Sujeto-Cambio a lo largo del tiempo	0,17	0,04	,000	10%

Nota. La variable dependiente es el factor de riesgo de personalidad y conducta del IGI-J.

* $p<,05$ ** $p<,01$ *** $p<,001$.

En cuanto a la evolución del factor riesgo relación con iguales que mide la prueba IGI-J, como se muestra en la Tabla 8.45, cabe destacar en primer lugar que la estimación del valor de este factor en el tiempo de evaluación 1 es de 3,67 ($p<,001$) (la puntuación de este factor puede ir de 0 a 4). Este factor tiene una tasa de cambio de -0,002 ($p = 0,944$), tasa de decrecimiento lineal que no es estadísticamente significativa.

Tabla 8.45. Evolución del factor del IGI-J riesgo en relación con iguales a lo largo del tiempo

del tiempo

Efectos fijos	Coefficiente	Error estándar	<i>P</i>	
Constante o intersección en el origen	3,67	0,07	,000	
Tasa de cambio a lo largo del tiempo	-0,002	0,03	,944	
Efectos aleatorios	Parámetro	Error estándar	<i>P</i>	Correlación intra-clase
Medidas-Varianza no explicada	0,29	0,03	,000	90%
Sujeto-Cambio a lo largo del tiempo	0,03	0,01	,001	10%

Nota. La variable dependiente es el factor riesgo relación con iguales del IGI-J

* $p<,05$ ** $p<,01$ *** $p<,001$.

En cuanto a la evolución del factor de riesgo de actitudes, creencias y valores que mide la escala IGI-J, como se muestra en la Tabla 8.46, cabe destacar en primer

lugar, que la estimación del valor de este factor en el tiempo de evaluación 1 es de 3,68 ($p<,001$) (la puntuación de este factor puede ir de 0 a 5). Este factor tiene una tasa de cambio de -0,42 ($p<,001$), tasa de decrecimiento lineal que es estadísticamente significativa y negativa lo que indica que se produce una disminución entre mediciones. Esta disminución de 0,42 puntos entre mediciones, equivale a un cambio en los participantes del 7% en el factor riesgo total (véase Tabla 8.46).

Tabla 8.46. Evolución del factor del IGI-J riesgo en actitudes, creencias y valores a lo largo del tiempo

Efectos fijos	Coefficiente	Error estándar	<i>p</i>	
Constante o intersección en el origen	3,68	0,14	,000	
Tasa de cambio a lo largo del tiempo	-0,42	0,07	,000	
Efectos aleatorios	Parámetro	Error estándar	<i>P</i>	Correlación intra-clase
Medidas-Varianza no explicada	1,16	0,11	,000	93%
Sujeto-Cambio a lo largo del tiempo	0,09	0,02	,000	7%

Nota. La variable dependiente es el factor de riesgo de actitudes, creencias y valores del IGI-J.

* $p<,05$ ** $p<,01$ *** $p<,001$.

8.4. Estudio de la reincidencia delictiva

8.4.1. Estudio de las diferencias en los factores del IGI previo al internamiento en función de la reincidencia delictiva

En el presente apartado se realizarán análisis con el objetivo de encontrar diferencias dentro de variables relevantes a la hora del estudio de los factores de riesgo que mide la escala IGI en función de la variable reincidencia delictiva. Con estos análisis se pretende averiguar qué variables pueden funcionar como predictores de la reincidencia delictiva. Para realizar los análisis estadísticos se han realizado la prueba *t* de Student, habiendo sido resumido los estadísticos del grupo y las pruebas en muestras independientes en la Tabla 8.47.

Como se puede observar en la Tabla 8.47, existen diferencias significativas entre los que reinciden y los que no reinciden en el factor de riesgo pautas educativas previas al internamiento ($t_{(90)}= 2,16$; $p<,05$). También se han podido encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los que reinciden y los que no reinciden en el factor de riesgo ocio y diversión previos al internamiento ($t_{(90)}= 2,95$; $p<,005$). Por último, se ha de destacar que existen diferencias estadísticamente significativas entre los que

reinciden y los que no reinciden en el factor de riesgo relación con iguales previa al ingreso ($t_{(90)} = 2,561$; $p < ,05$).

Tabla 8.47. Reincidencia delictiva y diferentes factores de IGI

	Reincidentes (N= 30)	No reincidentes (N= 62)	$t_{(90)}$	p
1. Puntuación factor riesgo total.	28,50 ± 4,53	26,44 ± 5,19	1,86	,066
2. Factor de riesgo haber cometido delitos previos al internamiento.	1,86 ± 1,43	1,75 ± 1,25	0,37	,711
3. Factor de riesgo consumo de drogas anterior al internamiento.	3,03 ± 1,18	2,75 ± 1,03	1,13	,258
4. Puntuación de riesgo en pautas educativas previas al internamiento.	4,66 ± 0,92	4,11 ± 1,24	2,16	,033
5. Puntuación de riesgo en el ocio y diversión previos al internamiento.	2,93 ± 0,25	2,66 ± 0,62	2,95	,004
6. Puntuación de riesgo educación y empleo previo al internamiento.	4,36 ± 1,60	3,98 ± 1,66	1,04	,299
7. Puntuación de riesgo en personalidad y conducta previa al ingreso.	4,26 ± 1,25	4,37 ± 1,64	-0,30	,760
8. Puntuación de riesgo en relación con iguales previa al ingreso.	3,86 ± 0,34	3,54 ± 0,84	2,56	,012
9. Puntuación de riesgo en relación a actitudes, creencias y valores previas.	3,50 ± 0,93	3,29 ± 1,27	0,80	,424

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT).

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$.

8.4.2. Estudio de la reincidencia delictiva en función de distintas variables del HCS-J

En el presente apartado se van a realizar análisis con el objetivo de encontrar diferencias dentro de variables relevantes en el desarrollo evolutivo y social de los participantes medidas por la prueba HCS-J en función de la variable reincidencia delictiva. Con estos análisis se pretende averiguar qué variables han tenido mayor relevancia en la reincidencia delictiva. Se ha evaluado el peso de variables medidas antes del internamiento como: la edad, el tipo de medida, el tipo de familia, el nivel socioeconómico y cultural de la familia. Para realizar los análisis estadísticos se han realizado tablas de contingencias y se ha utilizado la prueba de *Chi cuadrado*. Como se muestra en la Tabla 8.48. no existen diferencias estadísticamente significativas en la reincidencia en función de la edad al inicio del internamiento ($\chi^2_{(2)} = 4,23$, $p = ,118$). El

23% de los reincidentes tienen entre 14 y 16 años de edad cuando ingresan en el Centro, el 56,7% de los reincidentes tienen entre 16 y 18 años y el otro 20% de los reincidentes tienen entre 18 y 20 años de edad en el momento del ingreso. El 9,7% de los no reincidentes tienen entre 14 y 16 años de edad cuando ingresan en el Centro, el 54,8% de los no reincidentes tienen entre 16 y 18 años y el otro 35,5% de los no reincidentes tienen entre 18 y 20 años de edad en el momento del ingreso.

Tabla 8.48. Reincidencia delictiva y edad

	De 14 a 16 años	De 16 a 18 años	De 18 a 20 años	$\chi^2_{(2)}$
Reincidentes (n= 30)	7 23,3% (R.C.= 1,8)	17 56,7% (R.C.= 0,2)	6 20% (R.C.= -1,5)	4,23 $p=,118$
No reincidentes (n= 62)	6 9,7% (R.C.= -1,8)	34 54,8% (R.C.= -0,2)	22 35,5% (R.C.= 1,5)	

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$.

R.C. = residuos corregidos.

Como se muestra en la Tabla 8.49. no existen diferencias estadísticamente significativas en la reincidencia delictiva en función del tipo de medida judicial que se está cumpliendo ($\chi^2_{(1)} = 0,53$, $p= ,47$). El 50% de los reincidentes tienen medida en régimen cerrado y el otro 50% en régimen semiabierto, mientras que el 58,1% de los no reincidentes tiene medida en régimen cerrado frente al 41,9% que tienen medida en régimen semiabierto.

Tabla 8.49. Reincidencia delictiva y tipo de medida

	Régimen cerrado	Régimen semiabierto	$\chi^2_{(1)}$
Reincidentes (n= 30)	15 50% (R.C.= -0,7)	15 50% (R.C.= 0,7)	0,53 $p=,47$
No reincidentes (n= 62)	36 58,1% (R.C.= 0,7)	26 41,9% (R.C.= -0,7)	

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$.

R.C. = residuos corregidos.

Como se muestra en la Tabla 8.50. no existen diferencias estadísticamente significativas en la reincidencia delictiva en función del tipo de familia al que pertenecen los participantes ($\chi^2_{(3)} = 4,66$, $p = ,198$). El 76,7% de los reincidentes proceden de una familia disfuncional y el 20% de los reincidentes procede de una familia funcional. Del 3,3% de los reincidentes no se obtuvo datos del modelo familiar a través de la prueba HCS-J. el 54,8% de los no reincidentes proceden de una familia disfuncional y el 32,3% procede de una familia funcional. Del otro 13% de los no reincidentes no se obtuvieron datos del modelo familiar en la prueba HCS-J.

Tabla 8.50. Reincidencia delictiva y tipología de familia

	Familia funcional	Familia disfuncional	No cumplimentado	No consta	$\chi^2_{(3)}$
Reincidentes (n= 30)	6 20% (R.C.= -1,2)	23 76,7% (R.C.= 2)	1 3,3% (R.C.= -1,1)	0 0% (R.C.= -1)	4,66 $p = ,198$
No reincidentes (n= 62)	20 32,3% (R.C.= 1,2)	34 54,8% (R.C.= -2)	6 9,7% (R.C.= 1,1)	2 3,2% (R.C.= 1)	

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.
R.C. = residuos corregidos.

Como se muestra en la Tabla 8.51. no existen diferencias estadísticamente significativas en la reincidencia delictiva en función de los diferentes niveles socioeconómicos de las familias a los que pertenecen los participantes ($\chi^2_{(5)} = 3,07$, $p = ,688$). El 23,3% de los reincidentes proceden de una familia con un nivel socioeconómico medio, el 53,3% de los reincidentes proceden de una familia con un nivel socioeconómico bajo y el 20% de los reincidentes proceden de una familia con un nivel socioeconómico muy bajo. En el análisis de los no reincidentes se puede observar que el 1,6% de los no reincidentes proceden de una familia con un nivel socioeconómico alto, el 25,8% de los no reincidentes proceden de una familia con un nivel socioeconómico medio, el 43,5% de los no reincidentes proceden de una familia con un nivel socioeconómico bajo y el 16,1% de los no reincidentes proceden de una familia con un nivel socioeconómico muy bajo.

Tabla 8.51. Reincidencia delictiva y nivel socioeconómico familiar

	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	No consta	Sin datos	$\chi^2_{(5)}$
Reincidentes (n= 30)	0 0% (R.C.= -0,7)	7 23,3% (R.C.= -0,3)	16 53,3% (R.C.= 0,9)	6 20% (R.C.= 0,5)	0 0% (R.C.= -0,7)	1 3,3% (R.C.= -1,3)	3,07 $p=,688$
No reincidentes (n= 62)	1 1,6% (R.C.= 0,7)	16 25,8% (R.C.= 0,3)	27 43,5% (R.C.= -0,9)	10 16,1% (R.C.= -0,5)	1 1,6% (R.C.= 0,7)	7 11,3% (R.C.= 1,3)	

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$.

R.C. = residuos corregidos.

Como se muestra en la Tabla 8.52. no existen diferencias estadísticamente significativas en la reincidencia delictiva en función de los diferentes niveles culturales de las familias a las que pertenecen los participantes ($\chi^2_{(5)} = 7,57$, $p= ,181$). El 16,7% de los reincidentes proceden de una familia con un nivel cultural medio, el 56,7% de los reincidentes proceden de una familia con un nivel cultural bajo y el 23,3% de los reincidentes proceden de una familia con un nivel cultural muy bajo. En el análisis de los no reincidentes se puede observar que el 4,8% de los no reincidentes proceden de una familia con un nivel cultural alto, el 25,8% de los no reincidentes proceden de una familia con un nivel cultural medio, el 35,5% de los no reincidentes proceden de una familia con un nivel cultural bajo y el 17,7% de los no reincidentes proceden de una familia con un nivel socioeconómico muy bajo.

Tabla 8.52. Reincidencia delictiva y nivel cultural familiar

	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	No consta	Sin datos	$\chi^2_{(5)}$
Reincidentes (n= 30)	0 0% (R.C.= -1,2)	5 16,7% (R.C.= -1)	17 56,7% (R.C.= 1,9)	7 23,3% (R.C.= 0,6)	0 0% (R.C.= -1,2)	1 3,3% (R.C.= -1,3)	7,57 $p=,181$
No reincidentes (n= 62)	3 4,8% (R.C.= 1,2)	16 25,8% (R.C.= 1)	22 35,5% (R.C.= -1,9)	11 17,7% (R.C.= -0,6)	3 4,8% (R.C.= 1,2)	7 11,3% (R.C.= 1,3)	

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$.

R.C. = residuos corregidos.

Para finalizar este apartado se realizarán análisis con el objetivo de poder localizar alguna factor en el entorno social del menor previo al internamiento que pueda funcionar como una variable predictora de la reincidencia delictiva. Se analizará si existen diferencias estadísticamente significativas en la reincidencia delictiva en función de la falta de relaciones sociales, de la presencia o ausencia de amistades normalizadas, de la presencia de amistades disociales, de la pertenencia a un grupo violento, de la pertenencia a una banda y de la presencia de amistades mayores.

Como se muestra en la Tabla 8.53. no existen diferencias estadísticamente significativas en la reincidencia delictiva en función de si los participantes sufren aislamiento social o falta de relaciones sociales frente a los que no lo sufren ($\chi^2_{(1)} = 0,88, p = ,347$). El 10% de los reincidentes muestran una carencia de relaciones sociales cuando ingresan en el Centro y el 90% de los reincidentes tienen relaciones sociales en el momento del ingreso. El 4,8% de los no reincidentes muestran carencias de relaciones sociales cuando ingresan en el Centro y el 95,2% de los no reincidentes tienen relaciones sociales en el momento del ingreso.

Tabla 8.53. Reincidencia delictiva y falta de relaciones sociales

	Aislamiento social	Sin aislamiento	$\chi^2_{(1)}$
Reincidentes (n= 30)	3 10% (R.C.= 0,9)	27 90% (R.C.= -0,9)	0,88 $p = ,347$
No reincidentes (n= 62)	3 4,8% (R.C.= -0,9)	59 95,2% (R.C.= 0,9)	

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.
R.C. = residuos corregidos.

Como se muestra en la Tabla 8.54. no existen diferencias estadísticamente significativas en la reincidencia delictiva en función de la presencia o ausencia de un grupo de amigos normalizados ($\chi^2_{(1)} = 1,80, p = ,179$). El 10% de los reincidentes tienen amistades normalizadas cuando ingresan en el Centro y el 90% de los reincidentes no tienen amistades normalizadas en el momento del ingreso. El 3,2% de los no reincidentes tienen amistades normalizadas cuando ingresan en el Centro y el 95,2% de los no reincidentes no tienen amistades normalizadas en el momento del ingreso.

Tabla 8.54. Reincidencia delictiva y amistades normalizadas

	Amigos normalizados	Ausencia de amigos normalizados	$\chi^2_{(1)}$
Reincidentes (n= 30)	3 10% (R.C.= 1,3)	27 90% (R.C.= -1,3)	1,80 $p=,179$
No reincidentes (n= 62)	2 3,2% (R.C.= -1,3)	60 96,8% (R.C.= 1,3)	

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$.

R.C. = residuos corregidos.

Como se muestra en la Tabla 8.55. no existen diferencias estadísticamente significativas en la reincidencia delictiva en función de la presencia o ausencia de un grupo de amigos disociales ($\chi^2_{(1)} = 2,04$, $p= ,153$). El 93,3% de los reincidentes tienen amistades disociales cuando ingresan en el Centro y el 6,7% de los reincidentes no tienen amistades disociales en el momento del ingreso. El 82,3% de los no reincidentes tienen amistades disociales cuando ingresan en el Centro y el 17,7% de los no reincidentes no tienen amistades disociales en el momento del ingreso.

Tabla 8.55. Reincidencia delictiva y amistades disociales

	Amigos disociales	Ausencia de amigos disociales	$\chi^2_{(1)}$
Reincidentes (n= 30)	28 93,3% (R.C.= 1,4)	2 6,7% (R.C.= -1,4)	2,04 $p=,153$
No reincidentes (n= 62)	51 82,3% (R.C.= -1,4)	11 17,7% (R.C.= 1,4)	

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$.

R.C. = residuos corregidos.

Como se muestra en la Tabla 8.56. no existen diferencias estadísticamente significativas en la reincidencia delictiva en función de la pertenencia a un grupo violento ($\chi^2_{(1)} = 0,02$ $p= 0,885$). El 50% de los reincidentes pertenecen a un grupo violento cuando ingresan en el Centro y el 50% de los reincidentes no pertenecían a un grupo violento en el momento del ingreso. El 48,4% de los no reincidentes pertenecían a un grupo violento cuando ingresan en el Centro y el 51,6% de los no reincidentes no pertenecían a un grupo violento en el momento del ingreso.

Tabla 8.56. Reincidencia delictiva y pertenencia a grupo violento

	Pertenece a grupo violento	No pertenece a grupo violento	$\chi^2_{(1)}$
Reincidentes (n= 30)	15 50% (R.C.= 1)	15 50% (R.C.= -1)	,02 $p=,885$
No reincidentes (n= 62)	30 48,4% (R.C.= -1)	32 51,6% (R.C.= 1)	

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$.

R.C. = residuos corregidos.

Como se muestra en la Tabla 8.57. no existen diferencias estadísticamente significativas en la reincidencia delictiva en función de la pertenencia a una banda o grupo organizado ($\chi^2_{(1)} = 0,01$ $p = 0,914$). El 20% de los reincidentes pertenecen a una banda cuando ingresan en el Centro y el 80% de los reincidentes no pertenecía a una banda en el momento del ingreso. El 21% de los no reincidentes pertenecen a una banda cuando ingresan en el Centro y el 79% de los no reincidentes no pertenecen a una banda en el momento del ingreso.

Tabla 8.57. Reincidencia delictiva y pertenencia a banda

	Pertenece a grupo organizado (banda)	No pertenece a grupo organizado	$\chi^2_{(1)}$
Reincidentes (n= 30)	6 20% (R.C.= -1)	24 80% (R.C.= 1)	0,01 $p=,914$
No reincidentes (n= 62)	13 21% (R.C.= 1)	49 79% (R.C.= -1)	

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$.

R.C. = residuos corregidos.

Como se muestra en la Tabla 8.58. no existen diferencias estadísticamente significativas en la reincidencia delictiva en función de la presencia o ausencia de amistades mayores que el participante ($\chi^2_{(1)} = 0,36$ $p = 0,548$). El 56,7% de los reincidentes tienen amistades mayores que ellos cuando ingresan en el Centro y el 43,3% de los reincidentes no tienen amistades mayores que ellos en el momento del ingreso. El 50% de los no reincidentes tienen amistades mayores que ellos cuando

ingresan en el Centro y el 50% de los no reincidentes no tienen amistades mayores que ellos en el momento del ingreso.

Tabla 8.58. Reincidencia delictiva y grupo de amistades mayores

	Grupo de amistades mayor que el	Grupo de amistades de su edad	$\chi^2_{(1)}$
Reincidentes (n= 30)	17 56,7% (R.C.= 0,6)	13 43,3% (R.C.= -0,6)	0,36 $p=,548$
No reincidentes (n= 62)	31 50% (R.C.= -0,6)	31 50% (R.C.= 0,6)	

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$.

R.C. = residuos corregidos.

8.4.3. Estudio de la reincidencia delictiva en función del grupo de pertenencia: experimental o control

En el presente apartado se van a realizar análisis con el objetivo de encontrar diferencias dentro del grupo control y el experimental en función de la variable reincidencia delictiva. Para realizar los análisis estadísticos se ha realizado una tabla de contingencias y se ha utilizado la prueba de *Chi cuadrado*.

Como se muestra en la Tabla 8.59. el 28,8% de los participantes del grupo experimental reincide frente al 37,5% del grupo control. A pesar de que el grupo experimental tiene una menor tasa de reincidencia no existen diferencias estadísticamente significativas en la reincidencia delictiva en función de si el participante pertenece al grupo control o al grupo experimental ($\chi^2_{(1)} = 0,77, p= ,38$).

Tabla 8.59. Reincidencia delictiva y grupo

	Grupo control	Grupo experimental	$\chi^2_{(1)}$
Reincidentes (n= 30)	15 37,5% (R.C.= 0,9)	15 28,8% (R.C.= -0,9)	0,77 $p=,38$
No reincidentes (n= 62)	25 62,5% (R.C.= -0,9)	37 71,2% (R.C.= 0,9)	

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$.

R.C. = residuos corregidos.

8.4.4. Estudio de las diferencias en las variables de la prueba T-ASI tras el internamiento en función de la reincidencia delictiva.

En el presente apartado se realizarán análisis con el objetivo de encontrar diferencias dentro de las áreas de trabajo relevantes tras el internamiento medidas por la prueba T-ASI en función de la variable reincidencia delictiva. Con estos análisis se pretende averiguar qué campos de intervención tienen mayor relevancia en el tratamiento de la reincidencia. Para realizar los análisis estadísticos se ha realizado una prueba *t* de Student, habiendo sido resumido los estadísticos del grupo y las pruebas en muestras independientes en la tabla 8.60.

Tabla 8.60. Reincidencia delictiva y diferentes medidas de la prueba T-ASI tras el internamiento

	Reincidentes (N= 30)	No reincidentes (N= 62)	$t_{(90)}$	Significación (bilateral)
1. Puntuación problemas en consumo de drogas	3,94 ± 1,23	3,04 ± 1,41	2,98	,004
2. Puntuación problemas escolares	3,70 ± 0,91	2,75 ± 1,10	4,08	,000
3. Puntuación problemas empleo y soporte vital	2,84 ± 1,43	2,34 ± 1,24	1,71	,090
4. Puntuación problemas en ámbito familiar	3,88 ± 0,94	3,01 ± 0,98	4,02	,000
5. Puntuación problemas en ámbito social	3,93 ± 0,71	3,14 ± 1,01	3,80	,000
6. Puntuación problemas en ámbito legal	3,58 ± 0,65	2,83 ± 0,64	5,17	,000
7. Puntuación problemas en ámbito de salud mental	1,28 ± 0,57	1,33 ± 0,73	-0,31	,751

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT).

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Como se puede observar en la Tabla 8.60, existen diferencias significativas entre los participantes que reinciden y los que no reinciden en la variable problemas asociados al consumo de drogas posterior al internamiento ($t_{(90)} = 2,98$; $p < ,01$). También se han podido encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los participantes que reinciden y los que no reinciden en la variable problemas formativos ($t_{(90)} = 4,08$; $p < ,001$), problemas familiares ($t_{(90)} = 4,02$; $p < ,001$), problemas sociales ($t_{(90)} = 3,80$; $p < ,001$) y problemas legales ($t_{(90)} = 5,17$; $p < ,001$). Estos datos indican que el grupo de no reincidentes tienen una puntuación en el post-tratamiento estadísticamente menor en comparación con el grupo de los que sí reinciden en las variables problemas de consumos, familiares, escolares, sociales y judiciales.

Capítulo 9

Discusión

9.1. Característica de la muestra: factores de riesgo y variables clínicas relevantes

Durante el estudio de las características descriptivas de la muestra se ha podido constatar una alta presencia de multitud de factores de riesgo ante el consumo de drogas en la adolescencia. La alta presencia de los citados factores de riesgo es una consecuencia lógica del análisis de las variables sociodemográficas de la población a estudio ya que, como se explicó en el apartado metodológico, la muestra a estudio se ha seleccionado de entre los sujetos que presentan mayores tasas de problemas medidos por la prueba T-ASI dentro de una población ya de por sí conflictiva.

Uno de los factores de riesgo que más presencia tiene en la población a estudio son los de carácter familiar. Durante el estudio descriptivo se pudo observar que el 23,9% (n=22) de los participantes procedía de una familia nuclear, el 34,8% (n=32) de una familia monoparental, y el 22,8% (n=21) de una familia reconstituida. Muchos estudios han señalado que la ausencia de uno de los padres podría predecir el consumo de drogas en los hijos (Longest y Shanahan, 2007). Así, los adolescentes que viven en hogares monoparentales o con padrastros tienen más probabilidades de consumir drogas en comparación con adolescentes que viven con sus dos padres (Broman et al., 2008). Otro factor de riesgo, ante el consumo de drogas, de gran relevancia es el tipo de crianza, en el que debemos diferenciar dos dimensiones: control y calidez paterna; unidas, estas dimensiones configuran los cuatro posibles estilos de crianza: *autoritario*, con elevado control y baja calidez; *permisivo*, con bajo control y elevada calidez; *democrático o seguro*, con alto control y alta calidez; e *indiferente o negligente*, con bajo control y baja calidez (Shaffer, 2000). Durante el estudio descriptivo de la muestra se pudo constatar que el 39,24% (n=36) de los padres y el 25,07% (n=36) de las madres tienen un estilo educativo negligente o ausente, el 28,34% (n=26) de los padres y el 53,41% (n=49) de las madres tienen un estilo educativo permisivo o liberal, el 6,54% (n=6) de los padres y el 5,45% (n=5) de las madres tienen un estilo educativo autoritario o punitivo y por último el 1,1% (n=1) de los padres y el 3,27% (n=3) de las madres tienen un estilo educativo adecuado o de apoyo, siendo por ello un gran factor de riesgo dentro de la muestra a estudio. Esto se sostiene sobre las afirmaciones del estudio de Secades, Fernández y Vallejo (2004), donde se afirma que es el denominado estilo “permisivo” es el que estaría asociado al uso de sustancias psicoactivas, debido a que sería el adolescente quien establecería sus propias reglas y límites, junto a la existencia

de pocas directrices claras por parte de los padres. Para algunos autores, la llamada “ausencia de monitorización” es el vínculo clave entre las prácticas parentales y el uso de sustancias en los hijos (Lochman, 2006). Por último, se ha de destacar la revisión de Muñoz-Rivas y Graña (2001), donde concluyen que el riesgo de uso y abuso de drogas suele incrementarse cuando se aplican pautas de crianza y manejo familiar que conllevan la inexistencia de expectativas claras sobre la conducta, estilos educativos y de crianza excesivamente autoritarios o permisivos, pocas e inconsistentes recompensas por la puesta en práctica de conductas positivas y excesiva severidad y castigos inconsistentes asociados a conductas no deseadas.

En cuanto al tipo de familia se refiere el 61,6% (n=57) de los participantes procedía de una familia disfuncional. Dentro de las familias de carácter disfuncional la problemática más frecuente que se ha encontrado en la muestra a estudio son los factores económicos con un 47,5% (n=44), seguido de los problemas relacionales 30,2% (n=28), familias multiproblemáticas con un 29,2% (n=27), delincuencia 22,7% (n=21) y consumo de sustancias con un 16,2% (n=15), enfermedades graves 11,8% (n=11), violencia de género 8,6% (n=8), maltrato físico 4,3% (n=4), violencia ascendente 4,3% (n=4) y maltrato psíquico con un 3,2% (n=3). Derivado del nivel de conflictividad de las familias de los participantes el 44,69% (n= 41) de los núcleos familiares han tenido una intervención previa al internamiento de los jóvenes en el Centro en Servicios Sociales. Los datos citados muestran que los participantes están sometidos a factores de riesgo ante la conducta de consumo de drogas, ya que, como afirma Becoña (2002), el conflicto familiar es un factor que facilita el consumo de drogas en adolescentes. Dentro del estudio de las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas es indudable, tal como se ha reflejado en la literatura al respecto, que una actitud más favorable hacia el consumo de drogas y una conducta de consumo de los padres se va a corresponder con un mayor consumo de drogas de los hijos, lo cual podría explicarse tanto por el proceso de socialización como por procesos de modelado que van a facilitar el consumo de drogas en los hijos a través del aprendizaje (Guoat et al., 2002). Así, distintos estudios encuentran sistemáticamente que el consumo de drogas de los padres se asocia al consumo de drogas de los hijos y a un patrón más crónico de consumo (Ryan et al., 2010). Por último se ha de destacar que la presencia de psicopatología en los padres es un factor de alto riesgo para la aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos en los hijos, lo que correlaciona con el uso de sustancias en la adolescencia (Brook et al., 2001).

Dentro de los factores de riesgo ligados a la familia cabe destacar los modelos migratorios inadecuados. Más del 59% de la muestra no tienen nacionalidad española, hecho que pone de manifiesto las dificultades que tienen los adolescentes involucrados en procesos migratorios poco estructurados. Durante la experiencia clínica se ha podido constatar el amplio impacto que produce en los adolescentes la privación de las figuras de referencia afectiva a temprana edad. La falta de referentes claros, unido a una reagrupación familiar en plena adolescencia en un entorno totalmente desconocido, se muestra como un factor de riesgo ante la conducta antisocial y el consumo de drogas. Un alto porcentaje de los jóvenes de origen magrebí de la muestra a estudio son menores no acompañados que, desde muy temprana edad, han carecido de referentes afectivos estables y consistentes, siendo necesario su tutela por parte de los Servicios Sociales de diferentes entidades. El conflicto familiar, como puede ser un proceso migratorio inadecuado, es un factor que facilita el consumo de drogas en adolescentes, como sistemáticamente encuentran los estudios sobre esta cuestión (Becoña, 2002). Del mismo modo la percepción por parte del adolescente de abandono, abuso o maltrato procedente del entorno familiar, se asocia con el consumo de sustancias psicoactivas (Secades et al., 2004).

Otro potente factor de riesgo de la conducta de consumo de drogas en la adolescencia, muy presente en la muestra, es el bajo nivel formativo. Presentar bajo rendimiento o fracaso escolar predice el consumo de drogas en jóvenes (López y Rodríguez-Arias, 2012), una mayor probabilidad de consumo abusivo de las mismas y también una mayor probabilidad de usar esteroides anabólico-androgénicos (Dunn y White, 2011). El 30,52% (n=28) de los participantes se encontraban escolarizados en el momento de ser denunciado mientras que el 61,04% (n=56) no se encontraban escolarizados. En cuanto al nivel formativo no saben ni leer ni escribir un 2,2% (n=2) de los participantes, habían cursado Educación Primaria sin terminar el 19,62% (n=18), habían terminado la Educación Primaria el 25,07% (n=23), habían cursando 1º o 2º de ESO el 31,61% (n=29), habían alcanzado 3º o 4º de ESO el 4,36% (n=4) y habían realizado estudios de PCPI (Programa de Cualificación Profesional Inicial) el 6,54% (n=6). Ninguno de los participantes cursó estudios de bachillerato o universitarios. El bajo apego a la escuela, la falta de compromiso y la mala relación alumno-maestro (Markham et al., 2012) o la falta de interés por la misma, es un factor de riesgo para el consumo de drogas (Hawkins et al., 1992). Parece que la desvinculación escolar está fuertemente relacionada con la deserción de la escuela, así como con conductas

problemáticas graves, que incluyen el uso o abuso de sustancias psicoactivas (Henry et al., 2012). Las constantes faltas al centro escolar aumentan de forma importante las posibilidades de que el adolescente se implique en conductas inadecuadas para su edad o en conductas de carácter antisocial, entre las que se encuentra el consumo de drogas. Distintos estudios encuentran que aquellos niños o adolescentes que tienen previsto asistir a la escuela tienen un menor consumo de drogas que aquellos que no piensan ir. Específicamente, el “hacer novillos” (faltas a clase no justificadas) es uno de los factores claves para explicar el bajo apego a la escuela, siendo uno de los factores más claramente asociados con el consumo de drogas (Dunn y White, 2011). Este potente factor de riesgo también se encuentra presente en la muestra, presentando en su historial educativo situaciones de absentismo escolar frecuente el 75,21% (n=69) de los participantes y ocasional el 10,9% (n=10).

En la escuela, la conducta antisocial individual, acarrea problemas importantes de adaptación y problemas relacionados con la disciplina y las normas del centro, relación con los profesores y con otros alumnos, etc. Todas estas consecuencias de la conducta antisocial individual se asocian asimismo con un riesgo incrementado para el consumo de drogas (Hawkin et al., 1992), una iniciación más temprana en el mismo, un riesgo mayor de borrachera, en el caso del alcohol, (Donath et al., 2012) y, en general, con un mayor número de problemas cuando ambas conductas se dan al mismo tiempo. Por tanto, aunque la conducta antisocial se manifiesta a través de diversos comportamientos, siendo uno de ellos el consumo de drogas, en el marco escolar se convierte en un factor de gran relevancia para el desarrollo de otros problemas de adaptación y de conducta. En la muestra a estudio el 52,32% (n=48) de los participantes ha presentado en el contexto escolar comportamientos disruptivos que han supuesto expulsiones. Los tipos de comportamientos disruptivos presentados han sido desobedecer al profesorado 50%, insultar a compañeros 38,15%, insultar al adulto 26,16%, hurtos 15,26%, peleas 39,24%, acoso 3,3% y enfrentamiento grave con adultos 26,16%. Muchos de los participantes han protagonizado más de un tipo de comportamiento disruptivo, siendo por lo general de carácter agresivo y violento (69,76% de comportamiento disruptivo de carácter violento Vs 30,24% de comportamientos disruptivos no violentos).

Otro factor de riesgo ante el consumo de drogas en adolescentes muy presente en la población a estudio son los relacionados con el grupo de iguales. El grupo de iguales va adquiriendo una importancia cada vez mayor en la adolescencia, a la vez que se

produce una progresiva independencia de la familia. En este sentido, su papel como factor de riesgo y protección para las conductas desviadas en general, y el consumo de sustancias en particular, está ampliamente probado, tanto en su inicio como en su mantenimiento, especialmente cuando existen otras conductas antisociales (Brenner et al., 2011; López y Rodríguez-Arias, 2010). Durante el estudio descriptivo de la muestra se pudo observar que el 5,45% (n=5) de los participantes afirmaron tener carencia de relaciones sociales, el 5,45% (n=5) afirmó tener amistades normalizadas, sin una problemática destacable, el 86,11% (n=79) de los participantes tiene un grupo de relación disocial, el 47,96% (n=44) pertenecía a un grupo violento-disocial, un 19,62% (n=18) pertenecía a una banda o grupo con cierta organización (latina, skins...) y el 52,32% (n=48) de los participantes tenía un grupo de relación mayor que él. Al parecer, la afiliación con pares que consumen sustancias durante la adolescencia favorece el desarrollo de prototipos más favorables para los consumos de sustancias, las cuales predicen a su vez el posterior consumo de drogas. Los iguales se convierten, de esta manera, en un referente social dominante para la ingesta de ciertas sustancias psicoactivas, por lo que el consumo del grupo facilitará el consumo de cada uno de sus miembros (Villarreal et al., 2010). En nuestro país, los estudios realizados también apuntan al grupo de amigos como un factor clave en el consumo de drogas. Carballo, García, Secades, Fernández, García, Errasti y Al-Halabi, (2004) encuentran que el grupo de amigos, que incluye el consumo de éstos y sus actitudes hacia las drogas, sería el factor que mejor predice el consumo de sustancias psicoactivas. Todo lo descrito en la literatura se ve reflejado en los datos obtenidos, ya que el 88,29% (n=81) de los participantes de estudio cuando consume drogas lo hace en compañía de miembros de alguno de sus grupos de relación, frente a un 1,1% (n=1) que no tiene en su entorno a ningún consumidor. Durante el estudio del uso del ocio y del tiempo libre de los participantes, antes de cumplir la medida, se ha podido observar una ausencia de factores de protección en las actividades realizadas, el 37% de los participantes nunca van al cine, el 54% nunca van ni a conciertos ni a eventos deportivos, el 66% nunca han participado en una asociación o grupo lúdico, el 70% nunca van de excursión, el 76% no realizan actividades de acampada o senderismo y el 78% no han realizado actividades culturales. Por el contrario, se pueden observar altos porcentajes en actividades que se podrían considerar factores de riesgo, de este modo el 33% de los participantes acuden frecuentemente a pubs y discotecas, el 73% pasa frecuentemente mucho tiempo en la calle sin una ocupación concreta con sus amigos, el 65% de los

participantes se encuentran frecuentemente en la calle consumiendo cannabis o realizando botellón y el 60% de los participantes pasa mucho tiempo en la calle sin ninguna ocupación.

El último gran bloque de factores de riesgo detectados en la muestra hace referencia a las características de personalidad de los participantes. Actualmente se considera que distintos rasgos de personalidad ejercen una función importante en diversas vías del desarrollo de los trastornos adictivos (Becoña, 1999). Entre los rasgos de personalidad que se han estudiado en relación con los factores de riesgo de consumo de drogas, destacan la impulsividad, la búsqueda de sensaciones y la personalidad antisocial. Nuevamente la muestra a estudio ha alcanzado altos valores en las citadas dimensiones. Tras el estudio descriptivo de la muestra se ha podido constatar que el 61,06% de los participantes muestran dificultad para ponerse en el lugar del otro, el 27,25% muestran un fuerte frialdad emocional, el 35,97% de los participantes realizan una manipulación frecuente de los otros, el 53,41% de los participantes muestran una falta de remordimientos, el 26,16% de los participantes muestran una fuerte insensibilidad, el 53,41% de la muestra realizan mentiras frecuentes en su entorno, el 35,97% mantiene un afecto superficial, el 30,52% mantiene una simulación emocional (conductas de arrepentimiento fingidas), el 43,6% han mostrado problemas tempranos de conducta y el 3,3% han mantenido conductas sexuales impersonales. Los estudios encuentran que la agresividad temprana es una de las mejores variables predictoras de la posterior conducta antisocial y de una personalidad antisocial (Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, 2000). Especialmente si la conducta agresiva persiste hasta la adolescencia, la probabilidad de un trastorno de personalidad antisocial se incrementa en la vida adulta. Hoy sabemos que muchos de los factores de riesgo para el desarrollo de la personalidad antisocial constituyen también factores de riesgo individuales, familiares y ambientales para el desarrollo del uso y abuso de drogas (Chambetlain y Smith, 2003). Tras el estudio descriptivo de la muestra se observó altas tasas del uso de la violencia entre los participantes, el 37,06% (n=34) de los participantes habían presentado conductas violentas en una o dos ocasiones en los últimos 12 meses, el otro 37,06% (n=34) de la muestra habían presentado conductas violentas en tres o más veces en los últimos 12 meses mientras que tan solo el 11,99% (n=11) no habían presentado conductas violentas. Con referencia a los delitos cometidos por los integrantes del estudio se ha de mencionar que la mayoría de los delitos han sido delitos violentos con afectación del patrimonio (81,5%), tales como el robo con fuerza o el robo con intimidación y

violencia. El 3,3% de los delitos se han tipificado como delitos contra el patrimonio sin el uso de la fuerza. Dentro de dichos delitos se podrían encontrar robos sin violencia o estafas. El 5,4% de los delitos han sido violentos sin afección al patrimonio, dichos delitos se pueden tipificar como delitos de lesiones, homicidios o asesinatos. El 6,5% de los delitos son de clase violentos dentro del núcleo familiar, como la violencia ascendente. El 1,1% de los delitos son contra la libertad sexual y el 2,2% son delitos contra la salud pública (tráfico de drogas). Un dato relevante en este punto es la reincidencia delictiva previa al internamiento. Con anterioridad a su ingreso el 33,7% de los participantes en el estudio habían cumplido previamente una medida de internamiento. Por el contrario, el 66,3% de los participantes se encontraban cumpliendo su primer internamiento. Del mismo modo parece relevante el porcentaje de reiteración delictiva de los participantes. En referencia al número de delitos cometidos, el 34,8% de los participantes fueron internados por la comisión de un único delito, los que cometieron dos delitos fueron el 10,9%, los que cometieron tres delitos fueron el 23,9%, los que cometieron cuatro delitos fueron el 14,5%, los que cometieron cinco delitos fueron el 6,4% y los que cometieron seis o más delitos fueron el 10%. El 65,2% de los participantes realizaron más de un delito que motivó su ingreso, hecho que pone de manifiesto la fijación de la conducta antisocial como un estilo de vida consolidado en la muestra a estudio.

Del estudio descriptivo, respecto a la tipología de consumo, se puede destacar que las dos sustancias que han tenido una mayor tasa de consumo en la muestra a estudio han sido el cannabis y el alcohol. El 85,9% de los participantes presentan consumos compulsivos de cannabis y el 64,1% presentan consumos abusivos de alcohol. La cocaína presenta igualmente una alta tasa de consumo, el 22,8% de los participantes mantenía un consumo abusivo, el 13% un consumo ocasional y el 21,7% habían realizado un consumo experimental. La última sustancia que muestra un consumo significativo entre los participantes del presente estudio es el éxtasis, con una menor tasa de incidencia, el 8,7% de los participantes realizó un consumo abusivo. Cabe destacar las bajas tasas de consumos de inhalantes, benzodiazepinas y heroína. Nunca han probado los inhalantes el 90% de la muestra, llegando al 96,7% de los participantes que no han probado ni la heroína ni las benzodiazepinas. Estos datos muestran el alto grado de cronificación de la conducta de consumo que mantenían los participantes antes de su ingreso en el Centro. Para clarificar el patrón de consumo de los jóvenes a estudio se puede ofrecer un perfil tipo de las cantidades consumidas. De

modo general, los participantes del estudio iniciaron el consumo de drogas a temprana edad, teniendo sus primeros contactos con las drogas entre los 10 y los 13 años. Los jóvenes que mantienen consumos compulsivos de cannabis consumen, por lo general, una media de entre 3 y 5 gramos de cannabis al día, necesitando entre 15 y 25 euros diarios para financiarse el consumo. La conducta de consumo se prolonga durante toda la jornada, no encontrándose asociada en exclusividad con las situaciones de ocio. Dicho consumo con frecuencia va acompañada de conductas antisociales orientadas a financiarlo. Por lo general, tras el ingreso en el Centro, los jóvenes que han mostrado consumos compulsivos de cannabis suelen presentar síndrome de abstinencia de dicha sustancia. El consumo abusivo de alcohol, cocaína y éxtasis suele estar relacionado con situaciones de ocio, acompañado de una clara pérdida de control y un aumento de la agresividad. Los adolescentes a estudio, debido a su estilo de vida desestructurado, por lo general suelen encontrarse en situaciones de ocio, fiestas o reuniones con amigos, entre 3 y 4 veces por semana. Los participantes que consumen alcohol, cocaína o éxtasis de manera abusiva no suelen presentar síndrome de abstinencia de las citadas sustancias cuando ingresan en el Centro, pero si han condicionado de una manera clara y muy arraigada el consumo de dichas sustancias con sus situaciones de ocio. Por lo general, los participantes del estudio no son consumidores de una única sustancia, presentando patrones de policonsumo que agravan las consecuencias de la conducta adictiva. Muchos de los jóvenes a estudio han aprendido a regular sus estados de ánimo a través del uso de sustancias, condicionando con ello la aparición de emociones negativas al consumo inmediato de la sustancia.

A modo de resumen, se puede concluir que la muestra se caracteriza por la presencia de multitud de factores de riesgo muy relevantes. Todos los participantes han cometido delitos, habiendo un gran porcentaje de ellos que han consolidado un estilo de vida antisocial. Los factores de riesgo familiares también son mayoritarios, la mayor parte de los participantes procedía de una familia disfuncional, donde el estilo educativo permisivo y ausente predomina. Se ha de destacar que el nivel formativo de los participantes es muy bajo, encontrándose una tasa muy amplia de abandono escolar, absentismo y fracaso escolar. En torno al 90% de los participantes tiene un grupo de relación disocial, siendo frecuente la relación de los participantes con jóvenes mayores que ellos o la pertenencia a grupos juveniles de carácter violento. Durante el estudio del uso del ocio y del tiempo libre de los participantes se ha podido observar una ausencia de factores de protección en las actividades realizadas. Como referencia a las

característica de personalidad de los participantes, cabe destacar una alta prevalencia de falta de empatía, frialdad emocional, manipulación frecuente, falta de remordimientos, insensibilidad, mentiras frecuentes, afecto superficial, simulación emocional y problemas tempranos de conducta. Por último, se ha de destacar que el consumo de los participantes es de origen precoz, donde el 85,9% de los participantes presentan consumos compulsivos de cannabis y el 64,1% presentan consumos abusivos de alcohol, el 22,8% de los participantes mantenía un consumo abusivo de cocaína y el 8,7% de los participantes realizó un consumo abusivo de éxtasis. Todos estos datos contrastan la primera hipótesis del presente trabajo: *"Tanto el grupo control como el grupo experimental presentan multitud de factores de riesgo y ausencia de factores de protección ante la conducta de consumo de drogas que explican la génesis y mantenimiento de la conducta problema previa al internamiento"*.

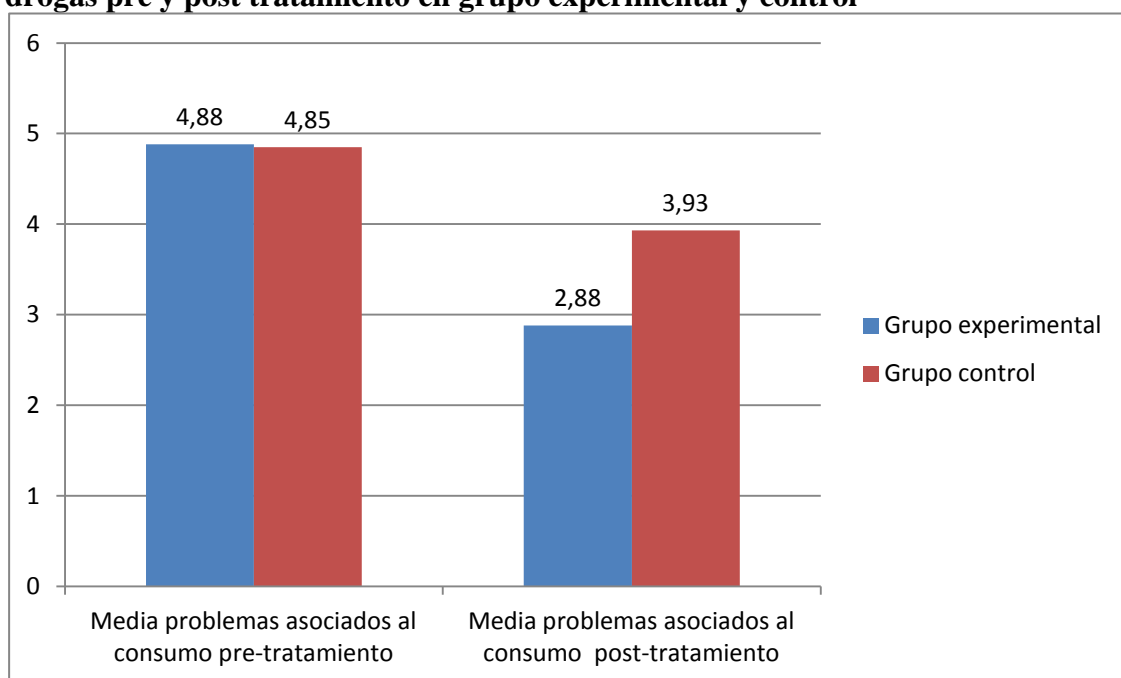
9.2. Eficacia del programa de tratamiento

La primera consideración antes de iniciar el análisis de los datos obtenidos en el presente estudio es que las intervenciones que han demostrado ser eficaces en la población sin problemas con la justicia no obtienen tan buenos resultados en la población que ha cometido delitos y ha ingresado en el sistema de justicia (Tripodi y Bender 2011). Estos datos sugieren que el cambio de la conducta de consumo de drogas en menores infractores es más costosa al añadirse un factor de riesgo tan potente como es la conducta antisocial (Tripodi y Bender, 2011). Una vez puntualizada esta evidencia empírica se ha de destacar que la muestra a estudio es la que más factores de riesgo acumula en el sistema de justicia juvenil de la Comunidad de Madrid, como se ha debatido en el apartado anterior. Este hecho se ve reflejado en las puntuaciones obtenidas por los participantes en la prueba T-ASI, donde el 88,2% (n=81) de los participantes tenían un problema extremo con el consumo de drogas, el 32,5% (n=29) tiene un problema considerable y el 60,9% (n=56) tenían un problema extremo en ámbito escolar, el 37% (n=34) tenían un problema extremo en el ámbito laboral o sustento vital, el 66,3% (n=61) tenían un problema extremo en ámbito familiar y el 75% (n=69) tenían un problema extremo con su círculo de amistades más cercano.

Tras los análisis realizados, se ha constatado que en la escala problemas con el consumo de drogas el efecto del factor grupo fue significativo, igual que el efecto del factor momento de la evaluación así como el efecto de la interacción, lo que indica que

el grupo experimental reduce de manera significativamente mayor la tasa de problemas asociados al consumo de drogas que el grupo control tras el tratamiento. Estos datos confirman la tercera hipótesis de la presente investigación: *"Los participantes incluidos en el grupo experimental puntúan significativamente más bajo en las variables que miden la problemática asociada al consumo de drogas que los del grupo control en el seguimiento tras el internamiento"*. En el gráfico 9.1. se exponen las medias de las puntuaciones obtenidas por el grupo experimental y el control en la prueba T-ASI en los dos momentos de evaluación en la variable problemas asociados al consumo de drogas.

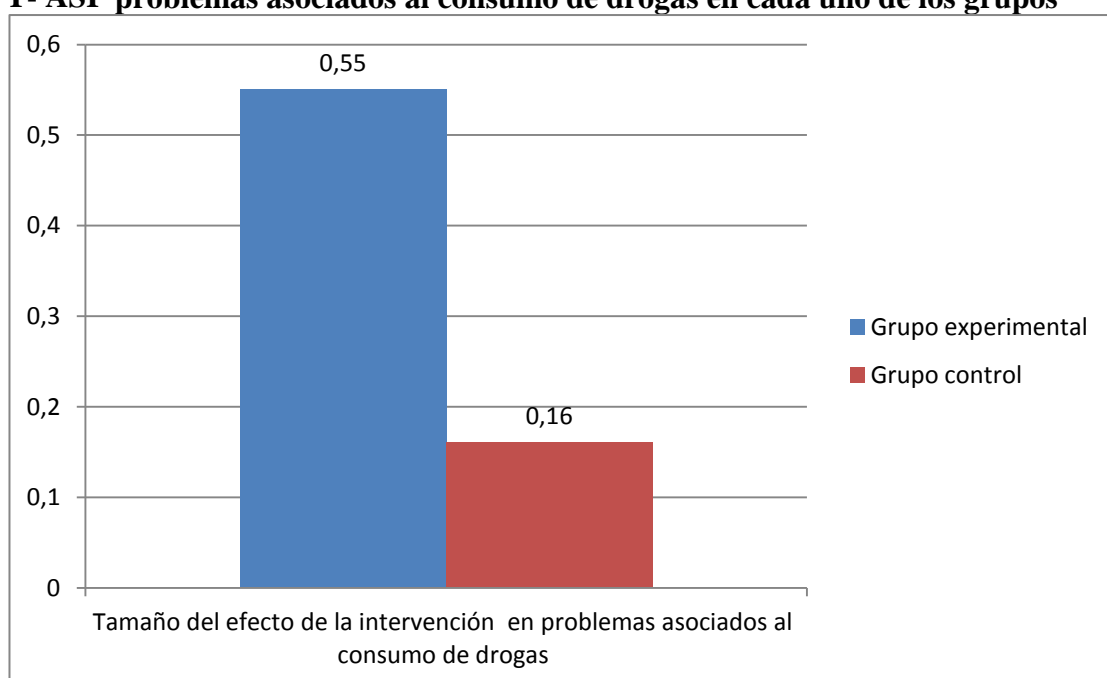
Gráfico 9.1. Puntuaciones medias de problemas asociados al consumo de drogas pre y post tratamiento en grupo experimental y control



Tras comprobar que el grupo experimental reduce la problemática asociada a los consumos de drogas de manera estadísticamente significativa frente al grupo control se han calculado los tamaños de los efectos de las dos condiciones experimentales. Antes de realizar la valoración de la eficacia del tratamiento se ha de recordar que un valor de $\eta^2_{parcial}$ que se aproxime a 0,01 indica que el tamaño del efecto de la intervención es pequeño, si el valor de $\eta^2_{parcial}$ ronda 0,06 el tamaño del efecto es medio y si por el contrario el valor de $\eta^2_{parcial}$ supera 0,14 el tamaño del efecto de la intervención es grande. Se observa que en la variable problemas de consumo de drogas se produce una reducción estadísticamente significativa entre el pre y el post, tanto para el grupo control como para el experimental, contrastándose con ello la segunda de las hipótesis

planteadas en la presente investigación: *"El efecto de la comunidad terapéutica por si solo es estadísticamente significativo. Los menores que han sido internados en el Centro Teresa de Calcuta y no han sido sometidos a ningún tipo de terapia para el tratamiento del consumo de drogas reducen tras su internamiento los consumos de drogas de manera estadísticamente significativa"*. Sin embargo, el tamaño del efecto del programa de intervención del grupo experimental fue mucho mayor que el del grupo control ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,55$ Vs $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,16$) (véase gráfico 9.2), siendo los dos tamaños de efecto grandes.

Gráfico 9.2. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) para la escala T- ASI problemas asociados al consumo de drogas en cada uno de los grupos

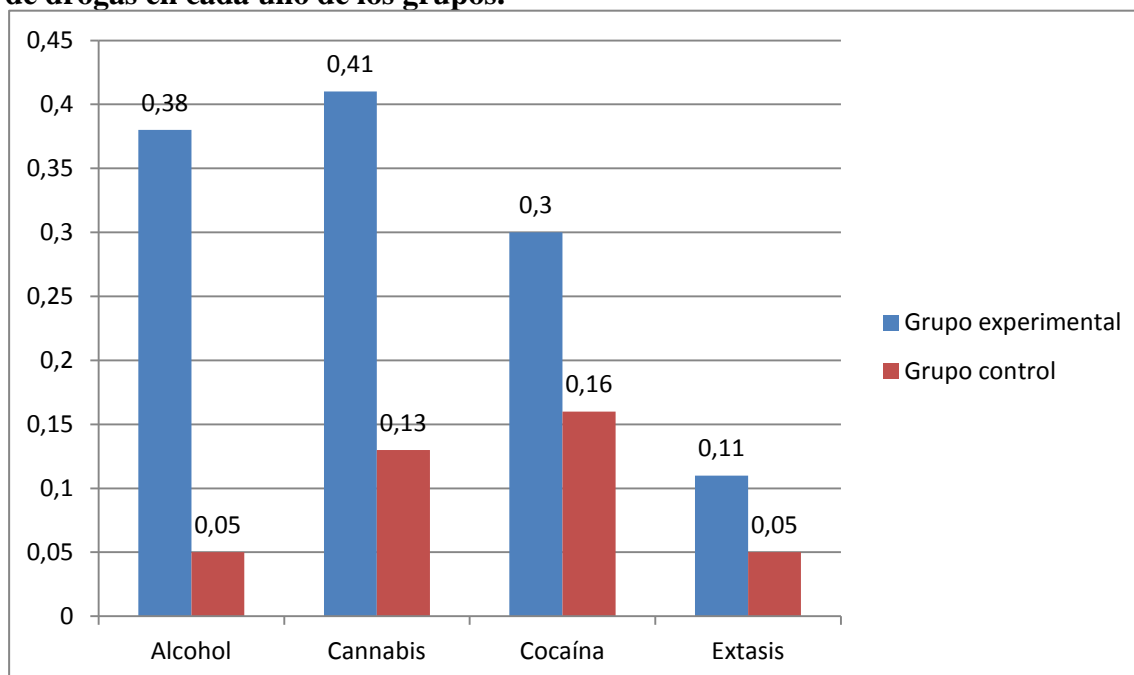


El siguiente paso de la investigación fue determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el experimental en la reducción de consumos entre las diferentes sustancias tras el internamiento. Los resultados indican que en la variable consumo de alcohol y la variable consumo de cannabis el efecto del factor grupo fue significativo, al igual que el efecto del factor momento de la evaluación, así como el efecto de la interacción, lo que indica que el grupo experimental reduce de manera significativamente mayor la tasa de consumo de alcohol y de cannabis que el grupo control tras el tratamiento. En la variable consumo de cocaína y en la variable consumo de éxtasis tan solo fue significativo el efecto del factor momento de la evaluación, lo que indica que hay diferencias estadísticamente significativas entre las

medidas del pre y el post tratamiento, reduciéndose los consumos de dichas sustancias tras el internamiento, pero no hay diferencias en dichas medidas entre el grupo control y el experimental.

Durante el desarrollo de la presente investigación se han calculado los tamaños de los efectos de las dos condiciones experimentales en función de la sustancia consumida. Se observa que en las variables consumo de alcohol, consumo de cannabis, consumo de éxtasis y consumo de cocaína se produce una reducción estadísticamente significativa entre el pre y el post tratamiento, tanto para el grupo control como para el experimental. Sin embargo, el tamaño del efecto del programa de intervención del grupo experimental fue mucho mayor que el del grupo control en todas las variables, como se puede observar en el gráfico 9.3. Se demuestra con estos datos que la aplicación del programa de intervención es una herramienta muy útil para la reducción de los consumos tras el internamiento de alcohol, cannabis, cocaína y éxtasis. Del mismo modo queda demostrado que el internamiento funciona como una comunidad terapéutica que, unido a las sesiones de psicoeducación en drogas, reducen de manera estadísticamente significativa las tasas de consumo de alcohol, cannabis, cocaína y éxtasis tras el internamiento.

Gráfico 9.3. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) para el consumo de drogas en cada uno de los grupos.



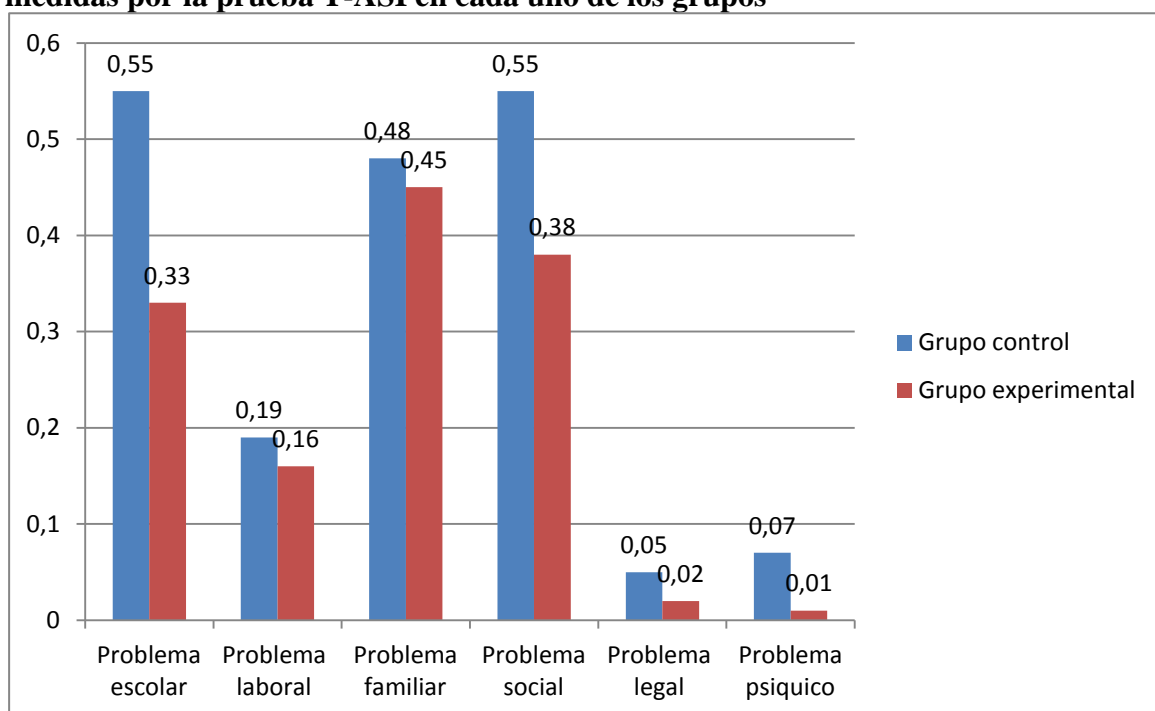
Tras la recopilación de la información aportada por los datos de la presente investigación se puede concluir que el programa de intervención aplicado en el Centro Teresa de Calcuta para el tratamiento del consumo de drogas en menores infractores es una herramienta eficaz. Para poder evaluar si el programa es una herramienta al nivel de las ya utilizadas en otros entornos se comparará con los datos obtenidos por Waldron y Turner (2008) en su meta-análisis. Waldron y Turner (2008) examinaron el tamaño del efecto en el pre y el post-tratamiento en tres tipos de intervención, la terapia cognitivo-conductual individual, la terapia cognitivo-conductual grupal y la terapia familiar en población no delictiva. Los resultados del meta-análisis indicaron que el tamaño del efecto medio de los programas evaluados mediante el estadístico d de Cohen fue de 0,45, lo que implica que el tamaño de efecto fue medio para las intervenciones evaluadas. El tamaño del efecto de la intervención del presente estudio, evaluado a través de la variable problemas asociados al consumo de drogas medida por la prueba T-ASI, fue de $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,55$, lo que implica que el tamaño del efecto de la intervención fue alto. El tamaño del efecto de la presente intervención, $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,55$, adquiere mayor relevancia si se tiene en cuenta la población en la que se ha aplicado el programa, ya que, como indicaron Tripodi y Bender (2011), las intervenciones que han demostrado ser eficaces en población sin problemas con la justicia no obtienen tan buenos resultados en la población que ha cometido delitos y ha ingresado en el sistema de justicia juvenil.

Tras el análisis de los datos referentes exclusivamente a los problemas asociados al consumo de drogas es preciso describir que influencia tiene el programa en el resto de factores de riesgo ante los consumos de drogas que mide la prueba T-ASI tanto en pre como en el post tratamiento. Se observa que en las variables problemas escolares y problemas en el ámbito social se produce una reducción estadísticamente significativa entre el pre y el post tratamiento tanto para el grupo control como para el experimental. Sin embargo, el tamaño del efecto del programa de intervención del grupo experimental fue mucho mayor que el del grupo control en las citadas variables. En las variables problema de soporte vital y problemas familiares se produce una reducción estadísticamente significativa entre el pre y el post tratamiento tanto para el grupo control como para el experimental, siendo el tamaño del efecto muy parecidos en ambos grupos. Tanto en la escala de problemas legales como en la escala problemas psíquicos se produce una reducción estadísticamente significativa entre el pre y el post

tratamiento tan solo para el grupo experimental. En el gráfico 9.4. se puede observar las diferencias anteriormente citadas.

Estos datos ofrecen una conclusión, para intervenir eficazmente sobre el consumo de drogas se ha diseñado un programa que ha sido capaz de de intervenir eficientemente sobre los factores de riesgo que han afectado a la adquisición y mantenimiento de la conducta adictiva. Dicho de otro modo, el programa no ha sido solo eficaz para la reducción de los problemas asociados a los consumos de drogas sino que también ha sido capaz de influir en variables tan relevantes como los problemas escolares, sociales y familiares. (Véase gráfico 9.4)

Gráfico 9.4. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) para variables medidas por la prueba T-ASI en cada uno de los grupos



De estos datos se puede concluir igualmente que la intervención realizada en el Centro Teresa de Calcuta es una herramienta eficaz para la reducción de los factores de riesgo unidos tanto a la conducta de consumo como a la conducta antisocial. El grupo control obtiene altas tasas en los tamaños del efecto en la reducción de problemas tan relevantes como los familiares, sociales, de consumo o de sustento vital, a pesar de que el grupo experimental obtuviera mayores tamaños del efecto en todas las variables medidas por el T-ASI. A pesar de los buenos resultados del grupo control se encuentran en todas las variables medidas diferencias estadísticamente significativas entre las dos condiciones experimentales, reduciendo de manera significativamente mayor los

problemas en ámbito familiar, social y sustento vital el grupo experimental frente al grupo control. El tamaño de las dos condiciones experimentales es muy limitado en dos variables, problemas judiciales y problemas psíquicos. El dato del bajo tamaño del efecto en los problemas judiciales se pueden explicar por los momentos de medición que se realizan de la muestra. En los dos momentos de la evaluación los participantes se encuentran cumpliendo una medida judicial, una de internamiento en la primera medición y otra de libertad vigilada en la segunda medición, habitualmente impuestas por la comisión del mismo delito, con lo que la situación judicial del joven es la misma. El bajo tamaño del efecto de las dos condiciones experimentales en los problemas asociados a salud mental puede estar derivado de la poca tasa de incidencia de dichos problemas en la muestra a estudio.

Otro dato relevante que confirma la eficacia de la intervención en el Centro Teresa de Calcuta es el estudio que se realizó de la evolución de los factores de riesgo medidos por la prueba IGI-J durante el internamiento, donde se ha podido constatar que el factor de riesgo total tiene una tasa de cambio de decrecimiento lineal que es estadísticamente significativa y negativa, lo que indica que se produce una disminución entre mediciones. Esta disminución equivale a un cambio en los participantes del 10% en el factor de riesgo total, lo que nos indica que durante el internamiento los participantes reducen de manera significativa su tasa de riesgo. Durante el estudio de las sub-escalas de la prueba IGI-J consumo de drogas, pautas educativas, ocio y diversión, educación y empleo, personalidad, conducta, actitudes, creencias y valores, se pudo constatar que estos factores tienen una tasa de cambio de decrecimiento lineal que es estadísticamente significativa y negativa, lo que indica que se produce una disminución entre mediciones, reduciéndose con ello las puntuaciones en las escalas que miden los factores de riesgo ante la reincidencia delictiva durante el internamiento. La única escala que tiene una tasa de cambio de crecimiento lineal que es estadísticamente significativa y positiva es el factor de riesgo situación judicial. Dicho aumento en las puntuaciones se explica por la configuración de la prueba. Cuando un joven ingresa en el Centro suele encontrarse cumpliendo una medida de internamiento cautelar, puntuando más bajo en la citada escala, a medida que el internamiento avanza los jóvenes son juzgados y condenados, obteniendo una medida firme, lo que aumenta la puntuación en la citada variable.

Los datos obtenidos en el estudio longitudinal de la evolución de las puntuaciones obtenidas por los participantes en la prueba IGI - J y en sus sub-escalas,

que han sido descritos en el párrafo anterior, permiten contrastar la cuarta de las hipótesis de la presente investigación: *"El desarrollo de la intervención terapéutica reduce las puntuaciones de las variables que miden los factores de riesgo para la conducta de consumo de drogas durante el internamiento de todos los participantes del estudio"*.

9.3. Eficacia del programa sobre la reincidencia delictiva

Durante el estudio de la reincidencia delictiva se encontraron diferencias dentro de las variables relevantes a la hora del estudio de los factores de riesgo que mide la escala IGI-J previas al internamiento. Con estos análisis se averiguó qué variables funcionan como predictoras de la reincidencia delictiva. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los participantes que reinciden y los que no reinciden en el factor de riesgo pautas educativas previas al internamiento, factor de riesgo ocio y diversión y factor de riesgo relación con iguales previa al ingreso. Los participantes que puntúan alto en las citadas variables previas al internamiento tienen mayor probabilidad de reincidir. Se realizaron los mismos análisis con las variables medidas por la prueba HCS-J previas al internamiento, no encontrando ninguna variable que funcionara como predictora de la reincidencia delictiva. A pesar de que la prueba HCS-J mide la mayor parte de los factores de riesgo descritos por la literatura ante la aparición y consolidación de la conducta antisocial ninguno de ellos ha demostrado estadísticamente ser una variable predictora de la reincidencia delictiva en el presente estudio. Este hecho puede estar debido a la cronificación de la muestra a estudio, con una alta presencia de multitud de factores de riesgo que impide discriminar variable a variable cual es más relevante en la génesis de la reincidencia delictiva. Esto indica que, tal vez, no sea tan relevante en el estudio de la reincidencia delictiva en una población tan cronificada como la del presente estudio las variables previas al internamiento sino las variables que se ven modificadas durante el tratamiento. Durante el estudio de la reincidencia delictiva se encontraron diferencias estadísticamente significativas tras el internamiento en variables medidas por la prueba T-ASI. Existen diferencias significativas entre los participantes que reinciden y los que no reinciden en la variable problemas asociados al consumo de drogas posterior al internamiento, con lo que se contrasta la quinta hipótesis de la presente tesis doctoral: *"Los menores no reincidentes tienen puntuaciones menos elevadas en el post-tratamiento en las variables que miden*

los problemas asociados al consumo de drogas". También se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes que reinciden y los que no reinciden en la variable problemas formativos, problemas familiares, problemas sociales y problemas legales. De los datos analizados se puede concluir que, con una muestra con tantos factores de riesgo y con un arraigo tan fuerte del estilo de vida antisocial, los predictores de la reincidencia delictiva no son variables previas al internamiento sino las variables medidas tras el internamiento orientadas a evaluar el cambio del joven tras la intervención. De este modo queda patente la necesidad de generar intervenciones eficaces que ayuden a reducir las tasas de problemas asociados a los consumos de drogas para reducir de un modo más eficaz la tasa de reincidencia delictiva. De igual modo es necesario seguir interviniendo como hasta el momento y mejorando los protocolos de actuación en las variables problemas formativos, problemas familiares, problemas sociales y problemas legales ya que, como se ha comprobado a lo largo de este trabajo, puntuar en menor grado en estas variables tras el internamiento se asocia con niveles de reincidencia delictiva menores tras el internamiento.

Tras la discusión de cuáles son las variables predictoras de la reincidencia delictiva queda por analizar el impacto de la aplicación del programa en la reincidencia delictiva. A pesar de que el grupo experimental tiene una menor tasa de reincidencia delictiva, el 28,8% de los participantes del grupo experimental reincide frente al 37,5% del grupo control, no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental en función de la reincidencia. Estos resultados no permiten confirmar la sexta de las hipótesis de la presente tesis doctoral: *"Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental en la variable que mide la tasa de reincidencia delictiva, obteniendo menores tasa de reincidencia los participantes del grupo experimental"*. Con los datos obtenidos, a pesar de no poder contrastar la hipótesis inicial, se puede hipotetizar para futuras investigaciones que, si la muestra del estudio fuera mayor, se podría confirmar diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el experimental en la variable reincidencia delictiva, pero con el tamaño de la muestra actual no se puede afirmar que la aplicación del programa haya tenido influencia en la no reincidencia delictiva de los participantes.

Durante el repaso de la literatura científica se ha podido constatar que la tasa de reincidencia delictiva, independientemente de la medida judicial adoptada (prestaciones en beneficio comunidad, libertad vigilada, tareas socioeducativas, permanencia en

domicilio fin de semana, permanencia en centro fin de semana, tratamiento terapéutico o internamiento en régimen cerrado o semiabierto), se encuentra en torno a un 30% (Bravo, Sierra y del Valle, 2009). Otros estudios han encontrado porcentajes de reincidencia algo inferiores: desde un 15% en la muestra de Castilla-La Mancha de Rechea y Fernández (2000), hasta un 23% en el estudio catalán de Capdevilla, Ferrer y Luque (2005), y un 26% en Alaska (Butts, Buck y Coggeshall, 2002). Del estudio de la reincidencia delictiva se concluye que la mayoría de los jóvenes con menor número de problemáticas asociadas suelen iniciar sus trayectorias delictivas con infracciones de menor gravedad, cumpliendo así medidas de carácter más leve, las cuales parecen resultar efectivas ya que su tasa de reincidencia es baja. Por otro lado, en los jóvenes con mayor número de factores de riesgo asociados, las medidas parecen ser insuficientes, tanto en medio abierto como cerrado, ya que la tasa de reincidencia es más elevada (Bravo et al., 2009). De hecho, al analizar el tipo de medidas que fueron aplicadas al comienzo de la trayectoria delictiva en función del nivel de reincidencia posterior Bravo y sus colaboradores encontraron que aproximadamente la tercera parte de los jóvenes que cumplieron medidas en medio abierto volvieron a reincidir (27%), siendo más del doble de esta proporción (70%) en el caso de los que tuvieron como primera medida un internamiento. De hecho, casi la mitad de los jóvenes que pasaron por un centro de internamiento como primera medida fueron reincidentes en varias ocasiones (Bravo et al., 2009). Estos datos son parecidos a los encontrados en otras publicaciones como las Capdevilla et al. (2005) y Pantoja (2006). Un reciente estudio reveló que, en la Comunidad Autónoma de Extremadura, los jóvenes que habían sido internados en un Centro de Ejecución de Medidas Judiciales tuvieron una tasa de reincidencia delictiva del 52,4% (Núñez, 2012). Ahora bien, se debe matizar que la mayor probabilidad de reincidencia en aquellos que tuvieron medidas de internamiento no debe relacionarse únicamente con la medida aplicada. Dicha relación está modulada por la mayor gravedad y cronicidad en los casos derivados a medidas de internamiento, ya que los menores reincidentes suelen comenzar su trayectoria con delitos más graves, lo cual supone una mayor dureza en las medidas aplicadas en su primer expediente judicial. Como concluye Rose (2002), un perfil más duro se corresponde con medidas más restrictivas aplicadas en medio cerrado.

A la hora de evaluar las variables que afectan a la reincidencia delictiva en los menores que han pasado por el sistema de justicia juvenil multitud de investigaciones han buscado relaciones con algunas características del perfil socio-familiar. Respecto a

este tema, las investigaciones describen factores de riesgo similares en toda la población de menores infractores, si bien la intensidad y cronicidad de estos factores suele ser mayor en los reincidentes (Farrington y West, 1993). En primer lugar, se comprueba que a medida que aumenta y se agrava el número de problemáticas familiares, así como el grado de desestructuración familiar, mayor es la probabilidad y grado de reincidencia. El mismo dato se muestra en el estudio de Capdevilla et al. (2005) y en García y Pérez (2004). Parece ser bastante consistente el dato que asegura que los padres de jóvenes con conductas delictivas se caracterizan por realizar inadecuados seguimientos de sus hijos y por no atender correctamente sus necesidades (McCarthy, Laing y Walker, 2004). En concreto, Cerezo y Vera (2004), al explorar los factores predictores de la conducta antisocial y delictiva, encontraron que la baja supervisión y sufrir agresión parental en una edad temprana explicaban un 43% de la varianza en puntuación antisocial autoinformada. Por otro lado, la familia se configura como un factor protector de especial relevancia cuando muestra adecuados niveles de colaboración y apoyo, tanto durante como después del proceso: la probabilidad de reincidencia en estos casos era menor. Respecto al ámbito escolar-formativo, Bravo et al. (2009) encontraron que más de la mitad de los reincidentes presentaba problemas de absentismo, proporción que se reduce al 30% de los no reincidentes. En el estudio de Capdevilla et al. (2005) los datos analizados indican que sólo un 27,5% de los reincidentes cursaban algún tipo de estudio y el 15,9% trabajaban; el tiempo libre no estructurado y la ausencia de una ocupación principal parece así perfilarse como factor asociado a la aparición de conductas delictivas.

Los resultados que ofrecen los estudios sobre la reincidencia delictiva permiten concluir que para la mayoría de los menores que inician su trayectoria delictiva con delitos de menor gravedad, como robos y hurtos sin violencia, se aplican medidas de carácter más leve, en cuanto que son ejecutadas en medio abierto, y se observa una evolución más positiva tanto en lo referente a la menor reincidencia como al logro de los objetivos educativos marcados durante la intervención. Sin embargo, en aquellos jóvenes que presentan un mayor número de factores de riesgo asociados, las intervenciones planteadas, aún siendo privativas de libertad, parecen tener mayores tasas de reincidencia.

Tras el repaso de la literatura científica los datos de reincidencia delictiva del presente estudio cobran mayor sentido. Como se ha descrito, el 28,8% de los participantes del grupo experimental y 37,5% de los participantes del grupo control

reinciden, datos que se acercan a la tasa de reincidencia de la población infractora total, que se encuentra en torno al 30% (Bravo et al., 2009), y por debajo de la tasa de reincidencia de los menores que ha sido internados en un Centro de Ejecución de Medidas Judiciales, que se encuentra en un 52,4% (Núñez, 2012). Se ha de tener en cuenta en la valoración de los datos de reincidencia del presente estudio el alto nivel de cronificación de los casos estudiados, la multitud y gravedad de los factores de riesgo presentes en la muestra y la presencia en toda la totalidad de la muestra del cumplimiento de una o varias medidas de internamiento. Teniendo en cuenta todos estos factores se puede concluir que, a pesar de ser un dato elevado, el nivel de reincidencia de los participantes del presente estudio parece algo inferior al de los participantes en estudios de las mismas características.

9.4. Consideraciones futuras

La presente investigación ha aportado datos que indican que el Programa de Tratamiento Educativo y Terapéutico para el Consumo de Drogas en Menores Infractores aplicado en el Centro Teresa de Calcuta es una herramienta eficaz para el tratamiento del consumo, abuso y dependencia de drogas en jóvenes que se encuentran cumpliendo una medida judicial, especialmente en los problemas derivados del consumo de alcohol y cannabis. A pesar de la idoneidad que el Programa de Tratamiento ha demostrado se considera necesario seguir avanzando en la mejora de los protocolos de actuación e implementación de las técnicas descritas en el presente trabajo. Durante el presente apartado se van a describir procesos que pueden aumentar la eficacia de las intervenciones realizadas en la población a estudio:

1º Se considera necesario implementar el programa en medio abierto, realizando un seguimiento más pormenorizado de la intervención a través de la aplicación de las sesiones del módulo 9, seguimiento y consolidación de la intervención en medio abierto.

2º Es preciso complementar la intervención con la implicación de las familias de los participantes en el proceso terapéutico a través de la aplicación del módulo 10 del programa de intervención, intervención con familias.

3º Se considera fundamental medir el impacto en la eficacia del tratamiento de la aplicación de las dos propuestas anteriores, comparando los resultados obtenidos de dicha aplicación con los obtenidos en la presente investigación.

4º Un aportación que podría mejorar la calidad de la intervención es la implicación de otras entidades que pudieran seguir trabajando con los participantes del estudio tras la finalización de la libertad vigilada. Se considera necesario trabajar en red con recursos como el CAID (Centro de Atención Integral al Drogodependiente) o el CAD (Centro de Atención al Drogodependiente) de la Comunidad de Madrid o de los Ayuntamientos que permitan consolidar la intervención de una manera eficaz tras el cumplimiento de la medida judicial.

5º Parece de interés aplicar el Programa de Tratamiento desarrollado en la presente investigación a población adolescente que no ha pasado por el Sistema de Justicia Juvenil y medir su eficacia. Con ello se podrá determinar si la aplicación del programa es una herramienta útil tan solo para la población infractora o si por el contrario es una herramienta eficaz para toda la población adolescente que muestra problemas con el abuso o la dependencia de drogas.

Cabe destacar en el presente apartado la necesidad de profundizar en algunos campos de investigación. A continuación, se describirán tres líneas de investigación que si son desarrolladas con mayor profundidad aportarán información clave para el desarrollo de protocolos de actuación más eficaces en el tratamiento del abuso y dependencia de drogas en menores infractores:

1º La evaluación clínica ha demostrado ser una herramienta eficaz para demostrar la efectividad de la intervención, habiéndose desarrollado en los últimos años instrumentos de medida sensibles al cambio que se da entre el inicio del tratamiento y el final del mismo. A pesar de que existen herramientas útiles tanto para la evaluación de los cambios de cada paciente dentro una terapia concreta como para la evaluación de la eficacia de los programas de intervención, no todas ellas han sido traducidas y adaptadas a la población española, siendo necesario un mayor esfuerzo por traducir y baremar las pruebas de evaluación que mayor peso están teniendo en la investigación.

2º No existe, a conocimiento del autor de la presente tesis doctoral, estudios a nivel nacional de la eficacia de tratamiento del consumo de drogas en adolescentes, siendo necesario acudir a la literatura norteamericana para

encontrar estudios de eficacia de las intervenciones realizadas por las diferentes escuelas.

3º A nivel nacional no existe ningún estamento que se encargue del estudio de la eficacia de las intervenciones realizadas con los menores infractores, dependiendo de cada Comunidad Autónoma la gestión y evaluación de los programas de intervención. Esta situación produce que no haya criterios estandarizados a la hora de la evaluación de los internos y que los pocos estudios que se están realizando sobre la reincidencia delictiva no sean comparables por la disparidad de muestras y de metodologías utilizadas.

Referencias bibliográficas

- Abrahamson, A. C., Baker, L. A. y Caspi, A. (2002). Rebellious teens? Genetic and environmental influences on the social attitudes of adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(6), 1392-1408.
- Abrams, D., Niaura, R., Blane, H. T. y Leonard, K. E. (1987) *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York: Guilford Press.
- Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2001). *Children's Behavior Checklist*. Manual for the ASEBA School, University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Adams, Z. W., Kaiser A. J., Lynam, D. R., Charnigo, R. J. y Milich, R. (2012). Drinking motives as mediators of the impulsivity-substance use relation: Pathways for negative urgency, lack of premeditation, and sensation seeking. *Addictive Behaviors*, 37(7), 848–855.
- Adamson, S. y Sellman, J. (2003) Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT). *Drug Alcohol Review*, 22, 309-315.
- Adalbjarnardottir, S. y Rafnsson, F. D. (2002). Adolescent antisocial behavior and substance use: longitudinal analyses. *Addictive Behaviours*, 27(2), 227-40.
- Alexander, J. F. y Parsons, B. V. (1982). *Functional family therapy: Principles and procedures*. Carmel, CA: Brooks/Cole.
- Alonso-Fernández, F. (2003). *Las nuevas adicciones*. Madrid: TEA Ediciones.
- Anderson, P. y Baumberg, B. (2006) *El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública*. Informe para la Comisión Europea, Institute of Alcohol Studies, Reino Unido.
- Anderson, J. (2001). *Aprendizaje y memoria: Un enfoque integral*. México: McGraw-Hill.
- Andrews, D. A. y Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct (4ª edición.)*. Cincinnati, Ohio: Anderson Publishing.
- Annaheim, B., Rehm, J. y Gmel, G. (2008) How to screen for problematic cannabis use in population surveys. An Evaluation of the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in a Swiss sample of adolescents and young adults. *European Addiction Research*, 14(4), 190-197.
- Aos, S., Phipps, P., Barnoski, R., y Lieb, R. (2001). *The Comparative Costs and Benefits of Programs to Reduce Crime. Vol. 4*. Olympia, Washington. Washington State Institute for Public Policy.

- Armstrong, T. y Costello, E. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(6), 1224-1239.
- Arteaga, I., Chen, C. C. y Reynolds, A. J. (2010). Childhood predictors of adult substance abuse. *Children and Youth Services Review*, 32, 1108-1120.
- Ary, D. V., Duncan, T. E., Duncan, S. C. y Hops, H. (1999). Adolescent problem behavior: the influence of parents and peers. *Behaviors Research and Therapy*, 37(3), 217-230.
- Ashery, R. S., Robertson, E. B., y Kumpfer, K. L. (1998) *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions*. NIDA Research Monograph Número 177. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Asociación de Psiquiatría Americana (2002). *DSM - IV - TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Asociación de Psiquiatría Americana (2013). *DSM - 5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Azrin, N., Acierno, R., y Kogan, E. (1996). Followup results of supportive versus behavioral therapy for illicit drug use. *Behavior Research & Therapy*, 34(1), 41-46. PMID: 8561763
- Azrin, N., Donohue, B. y Besalel, V. (1994). Youth drug abuse treatment: A controlled outcome study. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 3(3), 1-16.
- Azrin, N. H., Donohue, B., Teichner, G. A., Crum, T., Howell, J. y DeCato, L. A. (2001). A controlled evaluation of description of individual-cognitive problem solving and family-behavior therapies in dually-diagnosed conduct-disordered and substance-dependent. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 11(1). Recuperado de http://web.unlv.edu/labs/frs/Documents/Controlled SSFBT_1.pdf
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, Nueva York: Prentice Hall.
- Baldwin, S., Christian, S., Berkeljon, A. y Shadish, W. (2012) The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: a meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 281-304.
- Barbor, T., De la Fuente, J. y Saunders, J. (1992) *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) guidelines for use in primary health care*. Geneva: Substance Abuse Department, World Health Organization.

- Battistich, V., Solomon, D., Watson, M., y Schaps, E. (1997) Caring school communities. *Educational Psychology Review*, 32(3), 137–151.
- Battjes, R. J., Gordon, M. S., O’Grady, K. E., Kinlock, T. W., Katz, E. C. y Sears, E. A. (2004). Evaluation of a group-based substance abuse treatment program for adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 123–134.
- Bauman, K. E., Foshee, V. A., Ennett, S. T., Pemberton, M., Hicks, K. A., King, T. S. y Koch, G. G. (2001) The influence of a family program on adolescent tobacco and alcohol. *American Journal of Public Health*, 91(4), 604–610.
- Beauvais, F., Chavez, E., Oetting, E., Deffenbacher, J., y Cornell, G. (1996) Drug use, violence, and victimization among White American, Mexican American, and American Indian dropouts, students with academic problems, and students in good academic standing. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 292–299.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. y Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Beck, J. (1995) *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York, Guilford Press.
- Becoña, E. (1995). Drogodependencias. En B. Amparo, S. Bonifacio y F. Ramos (coordinadores). *Manual de psicopatología*, 1, 494-530. Madrid: McGraw-Hill.
- Becoña, E. (2011). Factores psicológicos en las adicciones. En E. Becoña y M. Cortés (coordinadores.), *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación* (45-64). Barcelona: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.
- Becoña, E. y Lorenzo, M. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13(3), 511-522.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Becoña, E. y Vázquez, F. (2002). Psicopatología y tratamiento de la drogadicción en niños y adolescentes. En V. Caballo y M. Simón (Eds.), *Manual de psicopatología clínica infantil y del adolescente. Trastornos Generales* (213-234). Madrid: Ediciones Pirámide.

- Beets, M. W., Flay, B. R., Vuchinich, S., Snyder, F. J., Acock, A., Li, K-K., Burns, K., Washburn, I. J., y Durlak, J. (2009) Use of a social and character development program to prevent substance use, violent behaviors, and sexual activity among elementary-school students in Hawaii. *American Journal of Public Health*, 99(8), 1438–1445.
- Boletín Oficial del Estado (2000). *Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores*. España, BOE número 11 de 13 de Enero de 2000. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-641-consolidado.pdf>
- Botvin, G., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. y Diaz, T. (1995) Long-term follow-up results of a randomized drug-abuse prevention trial in a white middle class population. *JAMA*, 273, 1106–1112.
- Bravo, A., Sierra, M. J. y del Valle, F. (2009). Evaluación de resultados de la ley de responsabilidad penal de menores. Reincidencia y factores asociados. *Psicothema*, 21(4), 615–621.
- Brenner, A. B., Bauermeister, J. A. y Zimmerman, M. A. (2011). Neighborhood variation in adolescent alcohol use: examination of socioecological and social disorganization theories. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 72(4), 651-9.
- Brodey, B. B., McMullin, D., Kaminer, Y., Winters, K.C., Mosshart, E., Rosen, C.S. y Brodey, I. S. (2008) Psychometric characteristics of the Teen Addiction Severity Index Two (T-ASI-2). *Substance Abuse*, 29(2), 19-32.
- Brody, G.H., Kogan, S.M., Chen, Y.-F. y Murry, V.M. (2008) Long-Term Effects of the Strong African American Families Program on youths' conduct problems. *Journal of Adolescent Health* 43, 474–481.
- Broman, C. L., Li, X. y Reckase, M. (2008). Family structure and mediators of adolescent drug use. *Journal of Family Issues*, 29, 1625-1649.
- Brook, J., Brook, D., de la Rosa, M., Whiteman, M., Johnson, E. y Montoya, I. (2001). Adolescent illegal drug use: The impact of personality, family and environmental factors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 183-203.
- Brook J., Cohen P. y Brook D. W. (1998). Longitudinal study of co-occurring psychiatric disorders and substance use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(3), 322-330.

- Brook, J. S., Whiteman, M., Finch, S. J. y Cohen, P. (1998). Mutual attachment, personality, and drug use: Pathways from childhood to young adulthood. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 124(4), 492–510.
- Brooks, F. M., Magnusson, J., Spencer, N. y Morgan, A. (2012). Adolescent multiple risk behaviour: an asset approach to the role of family, school and community. *Journal of Public Health*, 34(1), i48-i56.
- Brown, S. L. y Rinelli, L. N. (2010). Family structure, family processes, and adolescent smoking and drinking. *Journal of Research on Adolescence*, 20, 259-273.
- Brown, S., Christiansen, B. y Goldman, M. (1987a) Alcohol Expectancy Questionnaire Adolescent Form (AEQ-A) An instrument for de assessment of adolescent and adult alcohol expectancies. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 48, 483-491.
- Brown, S., Christiansen, B. y Goldman, M. (1987b). The Alcohol Expectancy Questionnaire: An instrument for the assessment of adolescent and adult alcohol expectancies. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 48, 483-491.
- Butts, J. A., Buck, J. y Coggeshall, M. B. (2002). *The Impact of Teen Court on Young Offenders*. Urban Institute. Manuscrito no publicado.
- Caballero, L. M. (2005). *Adicción a la cocaína: Neurobiología, Clínica, Diagnóstico y Tratamiento*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Cady, M., Winters, K.C. y Jordan, D. (1996) Problem Recognition Questionnaire (PRQ) Measuring treatment readiness for adolescent drug abusers. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 5, 73-91.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. y Becoña, E. (2006). *Vida recreativa nocturna de los jóvenes españoles como factor de riesgo frente a otros más tradicionales*. Palma de Mallorca: Irefrea.
- Capdevilla, M., Ferrer, M. y Luque, E. (2005). *La reincidencia en el delito en la justicia de menores*. Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada, Generalitat de Catalunya.
- Carballo, J. L., García, O., Secades, R., Fernández, R., García, E., Errasti, J. M. y Al-Halabi, S. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16(4), 674-679.

- Cautela, J. y Rosentiel, A. (1979). Empleo del condicionamiento encubierto en el tratamiento de la drogadicción. En: J., Uper y J. R. Cautela, editores. *Condicionamiento encubierto*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cava, M. J., Mugui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20(3), 389-395.
- Cebriá, J. y Bosch, J. (2000) La peregrinación por la rueda del cambio tiene indulgencia sanitaria plena. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 7(4), 233-6.
- Cerezo, M. A. y Vera P. (2004). Antecedentes de maltrato infantil en la conducta antisocial y delictiva autoinformada. Un estudio con menores infractores. *Bienestar y Protección Infantil*, 3(2), 41-60.
- Cerón, S. (2013). *Factores individuales relacionados con la reincidencia delictiva en menores infractores de la Comunidad de Madrid*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Complutense de Madrid. Recuperada de: <http://eprints.ucm.es/23486/>
- Chaloupka, F. J., Cummings, K. M., Morley, C. M. y Horan, J. K. (2002). Tax, price and cigarette smoking: Evidence from the tobacco documents and implications for tobacco company marketing strategies. *Tobacco Control*, 11(1), 62-73.
- Chamberlain, P. y Smith, D. K. (2003). Antisocial behavior in children and adolescents: The Oregon Multidimensional Treatment Foster Care Model. En A. E. Kazdin y J. R. Weisz (editores), *Evidenced-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 282-300) New York: Guilford.
- Chance, P. (2001) *Aprendizaje y conducta*. México: Manual Moderno.
- Chou, C., Montgomery, S., Pentz, M., Rohrbach, L., Johnson, C., Flay, B. y Mackinnon, D. (1998) Effects of a community-based prevention program in decreasing drug use in high-risk adolescents. *American Journal of Public Health*, 88, 944-948.
- Christiansen, B. A. y Goldman, M. S. (1983) Alcohol-related expectancies versus demographic / background variables in the prediction of adolescent drinking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 249-257.
- Clark L., Robbins T. W., Ersche K. D. y Sahakian B. J. (2006). Reflection impulsivity in chronic and former substance users. *Biological Psychiatry*, 60(5), 515-522.

- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (editores), *Vulnerability to drug abuse*. Washington, American Psychological Association.
- Coley, R. L., Votruba-Drzal, E. y Schlinder, H. S. (2008). Trajectories of parenting processes and adolescent substance use: Reciprocal effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 613-625.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (2002) Predictor variables associated with positive Fast Track outcomes at the end of third grade. *Journal of Abnormal Child Psychology* 30(1), 37–52.
- Contreras, L., Molina, V. y Cano, M. C. (2012) Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. Madrid: *Revista Adicciones* 24(1), 31-34.
- Copeland, J., Gilmour, S., Gates, P. y Swift, W. (2005). The Cannabis Problems Questionnaire: factor structure, reliability, and validity. *Drug and Alcohol Depend* 80(3), 313-319.
- Craig, G. J. (1997). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.
- Crespo, M., Perles, F. y San Martín, J. (2006). *Análisis psicosocial de los menores infractores en un centro de reforma*. Comunicación presentada en el I Congreso Europeo sobre Programas de Cumplimiento de Medidas Judiciales para Menores, Sevilla.
- Crombag, H. S. y Robinson, T. E. (2004). Drugs, environment, brain, and behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 107-111.
- Curcio, A. L. y George, A. M. (2011). Selected impulsivity facets with alcohol use/problems: The mediating role of drinking motives. *Addictive Behaviors*, 36, 959–964.
- D'Amico, E., Miles, J., Stern, S. y Meredith, L. (2008). Brief motivational interviewing for teens at risk of substance use consequences: A randomized pilot study in a primary care clinic. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 53–61.
- David, K. y Murphy, B. (2007). Interparental conflict and preschoolers' peer relations. The moderating roles of temperament and gender. *Social Development*, 16(1), 1-23.
- Dawe, S. y Loxton, N. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 28(3), 343-351.

- Dawes, M. A., Antelman, S. M., Vanyukov, M. M., Giancola, P., Tarter, R. E., Susman, E. J., Mezzich, A. y Clark, D. B. (2000). Developmental sources of variation in liability to adolescent substance use disorders. *Drug Alcohol Dependence*, 61(1), 3-14.
- Deas, D. y Clark, A. (2009). Current State of Treatment for Alcohol and Other Drug Use Disorders in Adolescents. *Alcohol Research and Health*, 32(1), 76-82.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2013). *Servicio Responsable: Programa Nacional de Prevención de las Drogodependencias en el Sector Hostelero*, Ministerio de Sanidad y Política Social, Gobierno de España.
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T. y Donaldson, J. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 197-213.
- Diaz, R. y Castro-Fornieles, J. (2008) Clinical and research utility of Spanish Teen-Addiction Severity Index (T-ASI) *Addictive Behaviors*, 33(1), 188-195.
- DiClemente, C. y Prochaska, J. (1982) Self change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behavior*, 7(2), 133-42.
- Dishion, T., McCord, J. y Poulin, F. (1999) When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54, 755-764.
- Dishion, T., Kavanagh, K., Schneiger, A., Nelson, S. y Kaufman, N. (2002) Preventing early adolescent substance use: A family centered strategy for the public middle school. *Prevention Science* 3(3), 191-202.
- Donath, C., Grässe, E., Baier, D., Pfeiffer, C., Bleich, S. y Hillemacher T. (2012). Predictors of binge drinking in adolescents: ultimate and distal factors a representative study. *BMC Public Health*, 12, 263.
- Dunn, M. y White, V. (2011). The epidemiology of anabolic-androgenic steroid use among Australian secondary school students. *Journal of Science Medicine Sport*, 14(1), 10-4.
- DuPont, R. (1998) Implications for prevention policy: a commentary. En: W. J. Bukoski y R. I. Evans, editores. *Cost-benefit/costeffectiveness research of drug abuse prevention: implications for programming and policy*. NIDA Monograph. No 176. Rockville: NIDA. p. 214-21

- Edwards, G., Arif, A. y Hodgson, R. (1981). Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: A World Health Organization, memorandum. *Bulletin World Health Organization*, 59. 225-242.
- Eisen, M., Zellman, G. L. y Murray, D. M. (2003) Evaluating the Lions-Quest “Skills for Adolescence” drug education program: Second-year behavior outcomes. *Addiction Behaviour* 28(5), 883–897.
- Esteban, B., Díaz, A., Gañan, A., García, J., Gordon, B. y Varela, C. (2002). *Menores infractores con consumo de drogas en los centros de reforma*. Madrid: Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias (SIAD).
- Ellickson, P. L., McCaffrey, D. F., Ghosh-Dastidar, B. y Longshore, D. (2003) New inroads in preventing adolescent drug use: Results from a large-scale trial of project ALERT in middle schools. *American Journal of Public Health*, 93(11), 1830 – 1836.
- Escohotado, A. (2001) *Historia General de las Drogas*, 4ª ed). Madrid: Editorial Espasa Calpe.
- Espada, J. P., Pereira, J. R. y García-Fernández, J. M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20(4), 531-537.
- Falk, E. B., Berkman, E. T., Whalen, D. y Lieberman, M. D. (2011). Neural activity during health messaging predicts reductions in smoking above and beyond self-report. *Health Psychology*, 30(2), 177–185.
- Farrington, D. P. y West, D. J. (1993). Criminal, penal and life histories of chronic offenders: Risk and protective factors and early identification. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 3, 492-523.
- Fergusson, D. M. y Lynskey, M. T. (1996). Adolescent resilience to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(3), 281-292.
- Fernández-Artamendi, S. (2012). Screening of cannabis-related problems among youth: the CPQ-A-S and CAST questionnaires. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 7(1), 13.
- Fernández-Moreno, A. (2010). *Trabajo de Iniciación a la Investigación: Influencia del consumo de drogas en la conducta de menores infractores*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Trabajo de Inicio a la Investigación no publicado.

- Fisher, P.A., Stoolmiller, M., Gunnar, M.R. y Burraston, B.O. (2007) Effects of a therapeutic intervention for foster preschoolers on diurnal cortisol activity. *Psychoneuroendocrinology* 32(8), 892–905.
- Foster, E. M., Olchowski, A. E. y Webster-Stratton C. H. (2007) Is stacking intervention components cost-effective? An analysis of the Incredible Years Program. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 46(11), 1414 – 1424.
- Freud, S. (1889). Über Coca. En: S. Freud (Eds), *Inhalisangaben der wissenschaftlichen Arbeiten des Privaldozenten*, Viena.
- Freixa, N. (2000) Eficacia de la terapia de grupo para alcohólicos. Resultados de un ensayo clínico controlado. Unidad de Alcohología de la Generalitat de Catalunya. Hospital Clínico de Barcelona. Institut Clínic de Malalties Digestives. Barcelona. *Medicina Clínica*, 115(4). Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-eficacia-terapia-grupo-alcoholicos-resultados-10882>
- Friedman, A.S. y Utada, A. (1989) Adolescent Drug Abuse Diagnosis (AAD) *Journal of Drug Education* 19(4), 285 - 312.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2003). *Programa Prevenir para Vivir*. Madrid, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).
- Fundación Edex (2000). *Programa Preventivo Órdago*. Madrid: Fundación Edex.
- Gálvez C. y Guerrero M. (2008). Intervención psicológica. En: P., Tirado, coordinador. *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias estimulantes*. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
- García, C., Durán, A. y Larriba, J. (2005). *Dispensación Responsable de bebidas alcohólicas (DRA)*. Delegación de Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Gobierno de España.
- García, E. y Pérez, F. (2004). *Evolución de la delincuencia: análisis e interpretación de las estadísticas oficiales*. Málaga: Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología.
- Garrido, V., López, A. y Silva, R. (2006). *Inventario de Gestión e Intervención con Jóvenes (IGI-J), en su adaptación a población española*. Agencia para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor de la Comunidad de Madrid. Herramienta de uso interno.

- Gerstein, D. R. y Green, L. W. (1993) *Preventing drug abuse: What do we know?* Washington, DC: National Academy Press.
- Gil, A. G., Wagner, E. F. y Tubman, J. G. (2004). Associations between early-adolescent substance use and subsequent young-adult substance use disorders and psychiatric disorders among a multiethnic male sample in South Florida. *American Journal of Public Health*, 94(9), 1603–1609.
- Glaser, B., Shelton, K. H. y Van den Bree, M. B. (2010). The moderating role of close friends in the relationship between conduct problems and adolescent substance use. *Journal Adolescent Health*, 47(1), 35-42.
- Graña, J. L. y Fernández-Moreno, A. (2015) *Programa de Tratamiento Educativo y Terapéutico para el Consumo de Drogas en Menores Infractores*. Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor de la Comunidad de Madrid.
- Graña, J.L, Garrido, V. y González, L. (2007). Evaluación de las Características Delictivas de Menores Infractores de la Comunidad de Madrid y su influencia en la planificación del tratamiento. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 7, 7-18.
- Graña, J. L. y Rodríguez, M. J. (2011). *Programa Central de Tratamiento Educativo y Terapéutico para Menores Infractores*, Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor de la Comunidad de Madrid.
- Graña, J.L., Muñoz, J. y Navas, E. (2007). *Características psicopatológicas motivacionales y de personalidad en drogodependientes en tratamiento de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Agencia Antidroga, Comunidad de Madrid.
- Graña, J. L. (2010). *Historial Criminológico y Social-Versión Juvenil (HCS-J)*. Colaboración entre la Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Psicología Clínica y la Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor de la Comunidad de Madrid. Herramienta de uso interno.
- Guo J., Hill K. G., Hawkins J. D., Catalano R. F. y Abbott R. D. (2002). A developmental analysis of sociodemographic, family and peer effects on adolescent illicit drug initiation. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 41(7), 838-845.
- Habib, C., Santoro, J., Kremer, P., Toumbourou, J., Leslie, E. y Williams, J. (2010). The importance of family management, closeness with father and family structure in early adolescent alcohol use. *Addiction*, 105(10), 1750-1758.

- Haggerty, K. P., Skinner, M. L., MacKenzie, E. P. y Catalano, R. (2007) Randomized trial of parents who care: Effects on key outcomes at 24-month follow-up. *Prevention Science* 8, 249–260.
- Harden, K. P., Hill, J. E., Turkheimer, E. y Emery, R. E. (2008). Gene-environment correlation and interaction in peer influence on adolescent alcohol and tobacco use. *Behavior Genetics*, 38(4), 339-347.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.
- Hawkins, J. D., Horn, M. y Arthur, M. W. (2004). Community variation in risk and protective factors and substance use outcomes. *Prevention Science*, 5(4), 213-220.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. y Arthur, M. (2002) Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behavior*, 27(6), 951–976.
- Hawkins, J. D., Kosterman, R., Catalano, R., Hill, K. G. y Abbott, R. D. (2008) Effects of social development intervention in childhood 15 years later. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine Journal*, 162(12), 1133–1141.
- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Arthur, M. W., Abbott, R. D., Fagan, A. A. y Catalano, R. (2009) Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: A test of communities that care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine Journal*, 163(9), 789–798.
- Heather, N. y Gold, R. (1991) *Readiness to Change Questionnaire (RTCQ)* User's Manual. Technical Report 15. Australia: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.
- Hemovich, V. y Crano, W. D. (2009). Family structure and adolescent drug use: An exploration of single-parent families. *Substance Use and Misuse*, 44(14), 2099-2113.
- Henggeler, S., Bourdin, C. y Melton, G. (1991). Effects of multisystemic therapy on drug use and abuse in serious juvenile offenders: A progress report from two outcome studies. *Family Dynamics and Addiction Quarterly*, 1, 40-51.
- Henggeler, S., Halliday-Boykins, C., Cunningham, P., Randall, J., Shapiro, S., y Chapman, J. (2006). Juvenile drug court: Enhancing outcomes by integrating

- evidence-based treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1),42-54.
- Henggeler, S., Clingempeel, W., Brondino, M. y Pickrel, S. (2002) Fouryear followup of multisystemic therapy with substanceabusing and substance-dependent juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(7), 868-874.
- Henggeler, S., Pickrel, S. y Brondino, M. (1999). Multisystemic treatment of substanceabusing and dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research*, 1(3), 171-184.
- Henggeler, S., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D. y Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Henry, K. L., Knight, K. E. y Thornberry, T. P. (2012). School disengagement as a predictor of dropout, delinquency, and problem substance use during adolescence and early adulthood. *Journal of Youth Adolescence*, 41(2), 156-166.
- Hervás, P. P. (2002). Criterios diagnósticos del abuso y la dependencia. Principales sustancias adictógenas. En J. M. Sánchez. *Una aproximación Multidisciplinar a las drogodependencias*. Alicante: Limencop.
- Higgins, S. y Silverman K. (1999) *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: research on contingency management interventions*. San Diego C.A.: Academic Press.
- Hoge, R. y Andrews, D. (2003). *Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI)*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Huxley, A. (1954) *Las puertas de la percepción*. Editorial Torre de Viento.
- Ialongo, N., Poduska J., Werthamer, L. y Kellam, S. (2001) The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *Journal of Emotional Behavior Disorders*, 9, 146–160.
- Institute of Medicine. (2009) *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. National Academies Press, Washington DC.
- Instituto Senda (2009). *Boletín N° 2: Escala CAST en Estudio de Población Escolar*. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile.

Recuperado de: <http://www.senda.gob.cl/observatorio/boletines/boletin02/>

- Irvin, J., Bowers, C., Dunn, M. y Wang, M. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563-70.
- Joanning, H., Quinn, W., Thomas, F. y Mullen, R. (1992). Treating adolescent drug abuse: a comparison family systems therapy, group therapy and family drug education. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18(4), 345-356.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M. y Bachman, J. G. (2002) *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2002. Volume 1: Secondary School Students*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Jones, D. E., Foster, E. M. y Group, C. P. (2008) Service use patterns for adolescents with ADHD and comorbid conduct disorder. *The Journal of Behavior Health Service and Research*, 36(4), 436-449.
- Junta de Andalucía (2007). *Programa Preventivo en Forma Joven*. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía.
- Junta de Castilla y León (2013). *Programa GALILEI*. Consejerías de Educación y Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León.
- Junta de Castilla y León (2012). *Taller OH.com*. Consejerías de Educación y Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León.
- Kaminer, Y., Burleson, J. A. y Blitz, C. (1998) Psychotherapies for adolescent substance abusers: A pilot study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186 (11), 684-690.
- Kaminer, Y., Burleson, J. A. y Goldberger, R. (2002) Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(11), 737-745.
- Kaminer, Y., Bukstein, O. y Tarter, R. E. (1991), The Teen-Addiction Severity Index: rationale and reliability. *International Journal on Addiction*, 26(2), 219-26.
- Kaminer, Y., Burleson, J. y Burke, R. (2008) Efficacy of outpatient aftercare for adolescents with alcohol use disorders: A randomized controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1405 -1412.
- Kaminer, Y. y Burleson, J. (1999). Psychotherapies for adolescent substance abusers: 15-month follow-up. *American Journal on Addictions*, 8, 114-119.

- Kamon, J., Stanger, C., Budnay, A. y Dumenci, L. (2006). Relations between parent and adolescent problems among adolescents presenting for family-based marijuana abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 85(3), 244-254.
- Kandel, D.B. (1982). Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use. *Journal of American Academic Clinical Psychiatry*, 21, 328-347.
- Kellam, S. G., Brown, C. H., Poduska, J., Ialongo, N., Wang, W., Toyinbo, P., Petras, H., Ford, C., Windham, A. y Wilcox, H. C. (2008) Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(1), S5-S28.
- Kelly, A. B., O'Flaherty, M., Connor, J. P., Homel, R., Toumbourou, J. W., Patton, G. C. y Williams, J. (2011). The influence of parents, siblings and peers on pre- and early-teen smoking: a multilevel model. *Drug and Alcohol Review*, 30(4), 381-387.
- Kendler, K. S., Fiske, A., Gardner, C. O. y Gatz, M. (2008). Delineation of two genetic pathways to major depression. *Biological Psychiatry*, 65(9), 808-811.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L. y Schnurr, P. P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 19-30.
- King, K. y Chassin, L. (2007). A prospective study of the effects of age of initiation of alcohol and drug use on young adult substance dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(2), 256-265.
- Kirisci, L., Vanyukov, M. y Tarter, R. (2005). Detection of youth at high risk for substance use disorders: A longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(3), 243-252.
- Klein, S. (1994). *Aprendizaje, principios y aplicaciones*. Madrid: McGraw-Hill.
- Klietz, J., Borduin, C. y Schaeffer, C. (2010). Cost-benefit analysis of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Family Psychology*, 24(5), 657-666.
- Knight, J. R., Sherrit, L., Shrier, L. A., Harris, S. K., Gates, E. C. y Chang, G. (2003) Validity of a brief alcohol screening test among adolescents: A comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and the CRAFFT. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27, 67-73.

- Kosterman, R., Hawkins, J. D., Spoth, R., Haggerty, K. P. y Zhu, K. (1997) Effects of a preventive parent-training intervention on observed family interactions: Proximal outcomes from preparing for the drug free years. *Journal of Community Psychology*, 25(4), 337–352.
- Kosterman, R., Hawkins, J. D., Haggerty, K. P., Spoth, R. y Redmond, C. (2001) Preparing for the drug free years: Session-specific effects of a universal parent-training intervention with rural families. *Journal of Drug Education*, 31(1), 47–68.
- Kumpfer, K. L., Szapocznick, J., Catalano, R., Clayton, R. R., Liddle, H. A., McMahon, R., Millman, J., Orrego, M. E., Rinehart, N., Smith, I., Spot, R. y Steele, M. (1998). *Preventive substance abuse among children and adolescents: Family-centered approaches*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- Lamas, B. y González, B. (2012). *Programa Preventivo Cambio de Sentido*. Xunta de Galicia.
- Laporte, J. (1976). *Les drogues*. Barcelona: Ediciones 62.
- Latimer, W., Winters, K., D'zurilla, T. y Nichols, M. (2003) Integrated family and cognitive - behavioral therapy for adolescent substance abusers: A stage I efficacy study. *Drug and Alcohol Dependence*, 71(3), 303-317.
- Lee, J. O., Hill, K. G., Guttmanova, K., Bailey, J. A., Hartigan, L. A., Hawkins, J. D. y Catalano, R. F. (2012). The effects of general and alcohol-specific peer factors in adolescence on trajectories of alcohol abuse disorder symptoms from 21 to 33 years. *Drug and Alcohol Dependence*, 121(3), 213-219.
- León, J. L. (1990). Evolución de las toxicomanías en las últimas décadas. *Revista Española de Drogodependencias*, 15, 221-237.
- Liddle, H., Dakof, G., Parker, K., Diamond, G., Barrett, K. y Tejeda, M. (2001) Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 651–688.
- Liddle, H. A. y Hogue, A. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse. En: E. F. Wagner y H. B. Waldron (Eds.), *Innovations in adolescent substance abuse interventions* (pp. 229-261). Kidlington, Oxford: Elsevier.

- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, M. y Tejeda, M. (2003). Treating adolescent substance abuse: A comparison of individual and family therapy interventions. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36, 49–63.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A. y Henderson, C. E. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36, 49–63.
- Llorens, N., Palmer, A. y Perelló del Río, M. J. (2005). Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*, 7, 90-96.
- Lochman, J. E. (2006). Preventive Intervention Targeting Precursors. En Z. Sloboda y W. J. Bukoski (eds.) *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science, and practice* (pp. 307-326). New York: Springer Science+Business Media, LLC.
- Loeber, R. (1988). Natural histories of conduct problems, delinquency and associated substance use: evidence for developmental progressions. En B. B. Lahey y A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (pp. 73-124). Nueva York: Plenum.
- Longest, K. C. y Shanahan, M. J. (2007). Adolescent work intensity and substance use: The mediational and moderational roles of parenting. *Journal of Marriage and Family*, 69(3), 703-720.
- López, S. y Rodríguez-Arias, J. L. (2010). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas de los adolescentes y las diferencias por edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-73.
- López, S. y Rodríguez-Arias, J. L. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 25-33.
- Lösel, F. y Bender, D. (2003). Protective factors and resilience. En D. P. Farrington D y J. W. Coid (Eds.), *Early prevention of antisocial behaviour* (pp. 130-204). Cambridge, MA: Cambridge University
- Luengo, M. A., Otero, J. M., Romero, E., Gómez-Fraguela, J. y Tavares-Filho, E. T. (1999). Análisis de ítems para la evaluación de la conducta antisocial: un estudio transcultural. *Ridep*, 1, 21-36.

- Mahmood, O. M., Goldenberg, D., Thayer, R., Migliorini, R., Simmons, A. N. y Tapert, S. F. (2013). Adolescents' fMRI activation to a response inhibition task predicts future substance use. *Addictive Behaviors*, 38(1), 1435–1441.
- Maisto, S. A. y Saitz, R. (2003). Alcohol Use Disorders: Screening and Diagnosis. *The American Journal on Addictions*, 12, 12-25.
- Mariño, M. C., Gonzalez-Forteza, C. y Andrade, P. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental*, 21(1), 27-36.
- Markham, W. A., Young, R., Sweeting, H., West, P. y Aveyard, P. (2012). Does school ethos explain the relationship between value-added education and teenage substance use? A cohort study. *Social Science and Medicine*, 75(1), 69-76.
- Marlatt, G., Baer, J. y Kivlahan, D. (1998) Screening and brief intervention for highrisk college student drinkers: Results from a 2 year followup assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4), 604-615.
- Martin, G., Copeland, J., Gilmour, S. y Gates, P. (2006) Adolescent Cannabis problems Questionnaire (CPQ - A). *Addictive Behaviors*, 31(12), 2238-48.
- Mayet, A., Legleye, S., Chau, N. y Falissard, B. (2010). The mediation role of licit drugs in the influence of socializing on cannabis use among adolescents: A quantitative approach. *Addictive Behaviors*, 35(10), 890-895.
- McCambridge, J. y Strang, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*, 99(1), 39-52.
- McCarthy, P., Laing, K. y Walker, J. (2004). *Offenders of the future? Assessing the risk of children and young people becoming involved in young criminal or antisocial behaviour*. Newcastle Centre for Family Studies, University of Newcastle upon Tyne.
- McLellan, A. T., Luborski, L. Cacciola, J. y Griffith, J. (1980) *Addiction Severity Index (ASI)*. The University of Pennsylvania, Center for Studies of Addiction.
- McMurran, M. (2006). Drug and alcohol programmes: concept, theory, and practice. En: R. Hollin y J. Palmer (Eds.), *Offending behaviour programmes. Development, application, and controversies*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Meyers, K., McLellan, A. T. y Jaeger, J. L. (1995) The development of the Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents (CASI-A): An

- interview for assessing the multiple problems of adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12, 181-193.
- Meyers, K., Hagan, T. y McDermott, P. (2006). Factor structure of the Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents (CASI-A): Results of reliability, validity and generalizability analyses. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32(3), 287-310
- Miller, N. S. (1991). Nosology of drug and alcohol addiction. En N. Miller (eds.), *comprehensive handbook of drug and alcohol addiction* (pp. 102-125). New York: Marcel Dekker.
- Miller, T. R., y Hendrie, D. (2009) *Substance abuse prevention dollars and cents: A cost-benefit analysis*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention. Rockville, MD.
- Miller, W., Rollnick, S. y Moyers, T. (1998) *Motivational Interviewing. Professional training video-tape series*. Albuquerque: University of New Mexico.
- Miller, W. y Rollnick, S. (1999) *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional Sobre Drogas (eds.), *Prevención de drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas
- Moon, D., Hecht, M., Jackson, K. y Spellers, R. (1999) Ethnic and gender differences and similarities in adolescent drug use and refusals of drug offers. *Subst Use Misuse*, 34(8), 1059–1083.
- Mulia, N. y Karriker-Jaffe, K. J. (2012). Interactive influences of neighborhood and individual socioeconomic status on alcohol consumption and problems. *Alcohol Alcohol*, 47(2), 178-186.
- Mulvey, E. P., Schubert, C. A. y Chassin, L. (2010). *Substance use and delinquent behavior among serious adolescent offenders*. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Muñoz, M. J., Graña, J. L., Peña, M. E. y Andreu, J. M. (2002). Influencia de la conducta antisocial en el consumo de drogas ilegales en población adolescente. *Adicciones*, 14, 313-320.
- Muñoz-Rivas, M. J. y Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.

- Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L. y Cruzado, J. A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Nardone, G. y Portelli, C. (2006). *Conocer a través del cambio*. Ed. Herder
- Nardone, G. y Salvini, A. (2004). *El diálogo estratégico, comunicar persuadiendo: técnicas para conseguir el cambio*. Ediciones RBA, Barcelona.
- Nardone, G. (2009). *La dieta de la paradoja*. Ed. Paidós Ibérica.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1999). *Terapia breve: filosofía y arte*. Ed. Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1993). *Paura, panico, fobie. La terapia in tempi brevi*. Ponte alle Grazie srl – Milano.
- Nardone, G. y Balbi, E. (2009). *Surcar el mar sin que el cielo lo sepa: lecciones sobre el cambio terapéutico y las lógicas no ordinarias*. Ed. Herder.
- National Institute on Drug Abuse (2003), *Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders, Second Edition*. U.S. Department of Health and human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.
- National Institute Drug Abuse (2011). *Lecciones aprendidas de las investigaciones sobre la prevención*. InfoFacts. U.S. Department of Health and human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.
- Nunes-Costa, R., Lamela, D. y Figueiredo, B. (2009). Psychosocial adjustment and physical health in children of divorce. *Jornal de Pediatria*, 85(5), 385-396.
- Núñez, F. (2012). Tasa de reincidencia de la delincuencia juvenil de Extremadura. Medidas privativas de libertad. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, 2, 37-67.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2011), *Informe ESPAD 2011*. Agencia de la Unión Europea.
- Observatorio Español sobre Drogas (2004) *Informe anual 2004*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Gobierno de España.
- Oetting, E., Edwards, R., Kelly, K. y Beauvais, F. (1997) Risk and protective factors for drug use among rural American youth. En E. B. Robertson, Z. Sloboda, G. M. Boyd, L. Beatty y N. J. Kozel (eds.) *Rural Substance Abuse: State of Knowledge and Issues*. (p.p. 90–130) .NIDA Research Monograph No. 168. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

- Official State Bulletin (2000). *Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores*. España, BOE número 11 de 13 de Enero de 2000. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-641-consolidado.pdf>
- Offord, D. R. y Kraemer, C. (2000). Risk factors and prevention. *Evidence-Based Mental Health EBMH Notebook*, 3, 70-71
- Olds, D., Henderson, C. R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettit, L., Sidora, K., Morris, P. y Powers, J. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA*, 280(14), 1238–1244.
- Oliván, G. (2002). Estado de salud de jóvenes varones delincuentes. *Atención Primaria*, 29, 421-424.
- Organización Mundial de la Salud, (1992) *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE - 10)*. Organización de las Naciones Unidas.
- Oropeza, R. (2003). *Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína*. Tesis de doctoral no publicada, México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Pantoja, F. (2006). *La Ley de Responsabilidad Penal del Menor: situación actual*. Madrid: Cuadernos de Derecho Judicial.
- Pascual, F. (2009). Antecedentes históricos de las Adicciones. Del siglo XIX hasta 1940. En A. Torres (Coord.) *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. Ed, Sociodrogalcohol.
- Pear, J. (1995). Técnicas basadas principalmente en el condicionamiento operante. En: V. Caballo (ed.) . *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 299 - 400). Madrid: Siglo XXI.
- Pentz, M. A. (1998). Costs, benefits, and cost-effectiveness of comprehensive drug abuse prevention. En: W. J. Bukoski y R. I. Evans (eds). *Cost-benefit/cost-effectiveness research of drug abuse prevention: Implications for programming and policy* (pp. 111–129). NIDA Research Monograph No. 176. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Pérez, B. García, L. y Vicente, M. (2009) *Instrumentos de evaluación de las adicciones en adolescentes*, Diputación de Alicante.
- Pérez, R. y Trotter, R. (2005). Antropología. En: Sociedad Española de Toxicomanías, *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid: Médica Panamericana.

- Pérez, F. y Martín, I. (2007). *Nuevas Adicciones ¿Adicciones Nuevas?* Guadalajara: Ediciones Intermedio.
- Petterson, P. L., Hawkins, J. D. y Catalano, R. F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16(6), 579-602.
- Pérula de Torres, L. A. (2005). Validación del cuestionario AUDIT para la identificación del consumo de riesgo y de los trastornos por el uso de alcohol en mujeres. *Atención Primaria*; 36(9), 499-506.
- Piko, B. F. y Kovács, E. (2010). Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 35(1), 53-58.
- Pilatti, A., Godoy, J. C. y Brussino, S. A. (2010). Construcción y valoración psicométrica del Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol para Adolescentes de Argentina (CEA-A). *Anales de psicología*, 26(2), 288-301
- Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Guía sobre drogas*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España.
- Plan Nacional Sobre Drogas (2009) *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994 - 2008*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Gobierno de España.
- Plan Nacional Sobre Drogas (2011a), *Informe de Comisión Clínica sobre Drogas Emergentes*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Gobierno de España.
- Plan Nacional Sobre Drogas (2011b) *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994 - 2010*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Gobierno de España.
- Plan Nacional Sobre Drogas (2014) *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994 - 2013*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Gobierno de España.
- Plan Nacional sobre Drogas (2015) *Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas (EDADES)* Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Gobierno de España.
- Pollard, M. S., Tucker, J. S., Green, H. D., Kennedy, D. y Go, M. H. (2010). Friendship networks and trajectories of adolescent tobacco use. *Addictive Behaviors*, 35(7), 678-685.

- Pomerleau, O. F. y Pomerleau, C. S. (1987). A biobehavioural view of substance abuse and addiction. *Journal of Drug Issues*, 17, 111-131.
- Prochaska J. y DiClemente C. (1998) Comments, criteria and creating better models: En: Miller W.R., Heather N., editors. *Treating addictive behaviours*. 2nd Ed. New York: Plenum.
- Proyecto Hombre Asturias (2012). *Programa Reciella*. Consejerías de Sanidad, Bienestar Social y Justicia del principado de Asturias.
- Rahdert, E. H. (1991) *Problem Oriented Screening Instrument for Parents (POSIT)*. National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health and human Services.
- Real Academia de la Lengua Española (2002). *Diccionario de la lengua española*, 22ª Edición.
- Rechea, C., y Fernández, E. (2000). *Impacto de la nueva ley penal juvenil en Castilla-La Mancha*. Centro de Investigación en Criminología, 7.
- Reifman, A., Barnes, G. M., Dintcheff, B. A., Uhteg, L. y Farrell, M. P. (2001). Health values buffer social-environmental risks for adolescent alcohol misuse. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(3), 249-251.
- Reitox (2013). *Informe Nacional 2013 (datos 2012) España, evolución y tendencias*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Gobierno de España.
- Reynaud, M. (2002). *Cannabis Abuse Screening Test (CAST)*. Observatorio Francés de Drogas y Toxicomanías (OFDT)
- Riggs, N.R., Greenberg, M.T., Kusche, C.A. y Pentz, M.A. (2006) The mediational role of neurocognition in the behavioral outcomes of a social-emotional prevention program in elementary school students: Effects of the PATHS curriculum. *Prevention Science*, 7(1), 91-102.
- Rimmele, C., Howard, M. y Hilfrink, M. (1995). Aversion therapies. En: R. K. Hester y W. R. Miller (eds). *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives*. 2nd ed. Boston: Allyn y Bacon.
- Rivero, M., Marín, M. e Infante, E. (2002). Tipo y trayectoria de consumo de drogas, edad de inicio y comportamiento violento en jóvenes. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 5, 1-7.

- Roberts, R. E., Roberts, C. R. y Xing, Y. (2007). Are Mexican American adolescents at greater risk of suicidal behaviors? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(1), 10-21.
- Robbins, M. S., Szapocznik, J., Dillon, F. R., Turner, C. W., Mitrani, V. B. y Feaster, D. J. (2007). The efficacy of structural ecosystems therapy with drug abusing= dependent Hispanic American adolescents. *Journal of Family Psychology*, 34(3), 316 - 328
- Rodríguez, S. E., Arellánez, J. L., Díaz, D. B. y González, J. D. (1998). *Ajuste psicosocial y consumo de drogas, Informe de Investigación 97 - 27*. Centro de Investigación Juvenil. Dirección de Prevención, Subdirección de Investigación, México.
- Rodríguez-Martos, A., Rubio, G., Santo-Domingo, J. y Campillo, M. (2000). Readiness to Change Questionnaire: Reliability study of its Spanish version. *Alcohol*, 35, 270-275.
- Rogers, C. (1986) *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Paidós.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M. y Seeley, J. R. (1996). Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(1), 101-109.
- Rollnick, S. y Miller, W. (1995) What is motivational interviewing? *Behavior Cognitive Psychother*, 23, 325-34.
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R. y Hall, W. (1992) Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addictions*, 87, 743-754.
- Rose, J. (2002). *Working with Young People in Secure Accommodation. From Chaos to Culture*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Rubio, G., Bermejo, J. y Caballero, M. (1998) Validación de la prueba Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) en Atención Primaria. *Revista Clínica Española*, 198(1), 11-4
- Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C. y John, U. (2002). Screening for alcohol use disorders and at-risk drinking in the general population: psychometric performance of three questionnaires. *Alcohol Alcohol*, 37(3), 261-268.
- Ryan S. M., Jorm A. F. y Lubman D. I. (2010). Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(9), 774-783.

- Salazar, I. y Rodríguez, A. (1994). Conceptos básicos en drogodependencias. En E. Becoña, I. Salazar e I. Rodríguez (eds.), *Drogodependencias. I. Introducción* (pp. 21-55). Santiago de Compostela: Servicio de publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.
- San Juan, D., Ocáriz, E. y Germán, I. (2009). Menores infractores y consumo de drogas: Perfil psicosocial y delictivo. *Revista Criminalidad*, 51, 147-162
- Sánchez-Carbonell, X., Jarne, A. y Talarn, A. (2000). *Manual de Psicopatología Clínica*. Barcelona: ED Fundación Vidal i Barraquer. Paidós.
- Santisteban, D. A., Coatsworth, D. J., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Schwartz, S. J. y LaPerriere, A. (2003). Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of Family Therapy*, 17, 121-133.
- Scheier, L., Botvin, G., Diaz, T. y Griffin, K. (1999) Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education*, 9(3), 251-278.
- Schuckit, M. A. (2008). Alcohol and alcoholism. En A. S. Fauci, E. Braunwald, D. L. Kasper, H. S. Hauser, D. L. Longo, J. L. Jameson y J. Loscalzo (eds.), *Harrison's principles of internal medicine* (17ª ed.) (pp. 2724-2729). New York: McGraw-Hill.
- Secades, R., Fernández, J. R. y Vallejo, G. (2004). Family risk factors for adolescent drug misuse in Spain. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 14(3), 1-15
- Secades, R., Carballo, J. L., Fernández, J. R., García, O. y García, E. (2006) *Factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en adolescentes (FRIDA)*. Madrid: TEA Ediciones, S.L.
- Seivewright, N. y Daly, C. (1997). Personality disorder and drug use: a review. *Drug and alcohol Review*, 16, 235-50.
- Shaffer, D. R. (2000). *Social and personality development*. Belmon: Wadsworth.
- Shedler, J. y Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal study. *American Psychologist*, 45(5), 612-630.
- Silberg, J., Rutter, M., D'Onofrio, B. y Eaves, L. (2003). Genetic and environmental risk factors in adolescent substance use. *Journal of Child Psychology*, 44(5), 664-676.
- Sillamy, N. (2003) *Diccionario de Psicología*, Editorial Larousse.

- Silva, A. (1994). *La evaluación de programas en drogodependencias. Volumen II. Manual de evaluación*. Madrid: Ed Grupo GID. Grupo Interdisciplinar sobre Drogas.
- Simoës, C., Matos, M. y Batista-Foguet, J. M. (2008). Juvenile Delinquency: Analysis of risk and protective factors using quantitative and qualitative methods. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 12, 389-408.
- Simons-Morton, B. y Chen, R. S. (2006). Over time relationships between early adolescent and peer substance use. *Addictive Behaviors*, 31(7), 1211-1223.
- Skinner, B. (1953). *Science and human behavior*. New York: The Free Press.
- Smith, D. C., Hall, J. A., Williams, J. K., An, H. y Gotman, N. (2006). Comparative efficacy of family and group treatment for adolescent substance abuse. *The American Journal on Addictions*, 15, 131-136.
- Spoth, R., Redmond, C., Shin, C. y Azevedo, K. (2004) Brief family intervention effects on adolescent substance initiation: School-level growth curve analyses 6 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 535-542.
- Spoth, R.L., Redmond, C., Trudeau, L. y Shin, C. (2002a) Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addiction Behavior*, 16(2), 129-134.
- Spoth, R., Guyull, M., y Day, S. (2002b) Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost effectiveness and cost benefit analyses of two interventions. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 63, 219-228.
- Staddon, J. (2001) *The new behaviorism: mind, mechanism and society*. Philadelphia: Psychology Press.
- Stanton, M. y Shadish, W. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-191.
- Stanton, M. D., Rempala, H. A. y Conway, C. A. (2007). *Clinical techniques and outcomes for Transitional Family Therapy with adolescent alcohol and drug abusers*. Comunicación presentada en el congreso Joint Meeting on Adolescent Treatment Effectiveness, Washington, DC.
- Stinchfield, R. y Winters, K. C. (1997). Measuring change in adolescent drug misuse with the Personal Experience Inventory (PEI). *Substance Use and Misuse*, 32(1), 63-76.

- Stormshak, E. A., Dishion, T. J., Light, J. y Yasui, M. (2005) Implementing family-centered interventions within the public middle school: linking service delivery to change in student problem behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(6), 723–733.
- Szapocznik, J., Hervís, O. y Schwartz, S. (2003). *Brief Strategic Family Therapy for adolescent drug abuse*. (NIH Pub. No. 03-4751). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Talbott, L. L., Martin, R. J., Usdan, S. L., Leeper, J. D., Umstattd, M. R., Cromeens, J. L. y Geiger, B. F. (2008). Drinking likelihood alcohol problems, and peer influence among first-year college students. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(4), 433-440.
- Tarter, R., Kirisci, L., Mezzich, A., Cornelius, J., Pajer, K., Vanyukov, M., Gadner, W., Blackson, T. y Clark, D. (2003). Neurobehavioral disinhibition in childhood predicts early age at onset of substance use disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1078–1085.
- Tarter, R. (1990) Drug Use Screening Inventory - Revised (DUSI - R). *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16, 1 - 46.
- Terán, A. (2004). *Lo que Vd. debe saber sobre las drogas estimulantes cocaína y anfetaminas*. León: Ed Caja España.
- Tomlinson, K., Brown, S. y Abrantes, A. (2004). Psychiatric comorbidity and substance use treatment outcomes of adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 160–169.
- Torrealday, O., Stein, L. y Barnett, N. (2008) Validation of the Marijuana Effect Expectancy Questionnaire Brief (MEEQ-B). *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 17(4), 1-7.
- Torsheim, T., Wold, B. y Samdal, O. (2000). The teacher and classmate support scale: Factor structure, test-retest reliability and validity in samples of 13 and 15 year old adolescents. *Source School Psychology International*, 21(2), 195-212.
- Tripodi, S., Bender, K. y Litschge, C. (2010) Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: A meta-analytic review. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 164, 85–91
- Tripodi, S. y Bender, K. (2011). Substance abuse treatment for juvenile offenders: A review of quasi-experimental and experimental research. *Journal of Criminal Justice Volume*, 39 (3), 246–252.

- Velilla, C. (2013). *El consumo de sustancias psicoactivas en menores infractores: Un estudio comparativo*. Universidad de Zaragoza.
- Villarreal, M. E., Sánchez, J. C., Misutu, G. y Varela R. (2010). El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: propuesta de un modelo sociocuminatario. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 253 - 264.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Telang, F., Fowler, J. S., Logan, J., Childress, A. R., Jayne, M., Ma, Y. y Wong, C. (2006). Cocaine cues and dopamine in dorsal striatum: mechanism of craving in cocaine addiction. *The Journal of Neuroscience*, 26(24), 6583– 6588.
- Waldron, H. B., Hops, H., Brody, J., Turner, C. W., Davis, B. y Barrera, M. Jr. (2007). *Treatments for Hispanic and Anglo drug-abusing youth*. Oregon Research Institute.
- Waldron, H. B., Slesnick, N., Brody, J. L., Turner, C. W. y Peterson, T. R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4 - and 7 - month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 802–813.
- Waldron, H. B., Ozechowski, T. J., Turner, C. W. y Brody, J. (2005). *Treatment outcomes for youth with problem alcohol use*. Comunicación presentada en el congreso Joint Meeting on Adolescent Treatment Effectiveness de 2005, Washington, D. C.
- Waldron, H.B. y Turner, C.W. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescent Substance Abuse. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 238–261.
- Webster-Stratton, C. y Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years). *Prevention Science*, 2(3), 165-192.
- Webster-Stratton, C. (1998) Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 715–730.
- Webster-Stratton, C., Reid, J. y Hammond, M. (2001) Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 282–302.

- Wills, T. A. y Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: a conceptual framework. En: S. Shiffman y T. A. Wills (eds.), *Coping and substance use: A conceptual Framework* (pp.3-24). London: Academic Press.
- Wills, T. A. y Hirky, A. E. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. En: M. Zeidner y N. S. Endler (eds.), *Handbook of coping: theory, research, applications* (pp.279-302). New York: John Wiley and Sons.
- Wills, T., McNamara, G., Vaccaro, D. y Hirky, A. (1996) Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 166–180.
- Winters, K. C. y Henly, G. (1993) *Adolescent Diagnostic Interview (ADI)*. Western Psychological Services.
- Winters, D. C. y Henly, G.A. (1988a) *Personal Experience Inventory (PEI) Test and Manual*. Western Psychological Services
- Winters, D. C. y Henly, G.A. (1988b) *MCDAAP, Minnesota Chemical Dependency Adolescent Assessment Package*. Western Psychological Services.
- Winters, K. C. (2003) Assessment of Alcohol and Other Drug Use Behaviors Among Adolescents. *Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers*, 101 - 123.
- Winters, K. C. (1999) Screening and Assessment Adolescents For Substance Use Disorders. *Treatment Improvement Protocol*, capítulo 31. U.S. Department of Health and human Services, Substance Abuse and Mental Health Services, Administration Center for Substance Abuse Treatment.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Opland, E., Weller, C. y Latimer, W. W. (2000). The effectiveness of the Minnesota Model approach in the treatment of adolescent drug abusers. *Addiction*, 95, 601–612.
- Withers, N. W., Pulvirenti, L. y Koob, G. F. (1995). Cocaine abuse and dependence. *Journal of Clinical psychopharmacology*, 15, 63-78.
- Younoszai, T. M., Lohrmann, D. K., Seefeldt, C. A. y Greene, R. (1999). Trends from 1987 to 1991 in alcohol, tobacco, and other drug (ATOD) use among adolescents exposed to a school district-wide prevention intervention. *Journal of Drug Education*, 29(1), 77-94.

Referencias bibliográficas

Zucker, R. A. (2008). Anticipating problem alcohol use developmentally from childhood into middle adulthood: what have we learned? *Addiction*, 103(1), 100-108.

Zuckerman, M. (1994). *Biological expressions of bio-social bases of sensation seeking*. New York: Cambridge Press.

Anexos

TEEN ADDICTION SEVERITY INDEX (T-ASI)

INFORMACIÓN

Nombre del paciente: _____ Nombre del informante: _____

Relación del informante con el paciente: _____

Dirección actual: _____

Nº de identificación: _____ N.º de historia clínica: _____ Fecha de admisión (1ª visita): ____ / ____ / ____

Fecha de la entrevista: ____ / ____ / ____ Tipo de entrevista: _____ (Primera: E1; seguimiento: E2, E3, E4)

Entrevista llevada a cabo: ☐ Personalmente ☐ Por teléfono

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Iniciales del entrevistador: _____

Motivo del fin de la entrevista: ☐ 1. El entrevistador suspendió la entrevista.
☐ 2. El paciente rehusó ser entrevistado.
☐ 3. El paciente fue incapaz de responder.

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

RAZA: ☐ Blanca ☐ Hispano ☐ Negra ☐ Mestizo-biracial ☐ Asiática ☐ Otra: _____

RELIGIÓN: ☐ Católica ☐ Protestante ☐ Islámica ☐ Judía ☐ Griega ortodoxa ☐ Ateo, no creyente ☐ Otra: _____

¿Has estado ingresado/internado en algún centro en el que no tuvieses acceso a drogas (ambiente controlado) durante el año pasado?

- ☐ No.
☐ En un centro de menores (detención, reclusión, protección).
☐ En un centro de tratamiento para drogas.
☐ En un centro de tratamiento médico.
☐ En un centro de tratamiento psiquiátrico.

¿Cuánto tiempo? _____ (días/meses)

Anote las fechas: _____

PERFIL DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN

Según el paciente/informante:

ÁREA DE PROBLEMA	Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
Drogas	0	1	2	3	4
Estudios	0	1	2	3	4
Trabajo	0	1	2	3	4
Familiar	0	1	2	3	4
Social	0	1	2	3	4
Legal	0	1	2	3	4
Psiquiátrico	0	1	2	3	4

0: Ningún problema. El tratamiento no está indicado.

1: Problema leve. El tratamiento probablemente no es necesario.

2: Problema moderado. Algún tratamiento es necesario.

3: Problema considerable. El tratamiento es necesario.

4: Problema grave. El tratamiento es absolutamente necesario.

COMENTARIOS:

Según el entrevistador:

ÁREA DE PROBLEMA	No problema	Leve	Moderado	Considerable	Grave
Drogas	0	1	2	3	4
Estudios	0	1	2	3	4
Trabajo	0	1	2	3	4
Familiar	0	1	2	3	4
Social	0	1	2	3	4
Legal	0	1	2	3	4
Psiquiátrico	0	1	2	3	4

0: Ningún problema. El tratamiento no está indicado.

1: Problema leve. El tratamiento probablemente no es necesario.

2: Problema moderado. Algún tratamiento es necesario.

3: Problema considerable. El tratamiento es necesario.

4: Problema grave. El tratamiento es absolutamente necesario.

USO DE DROGAS

1. ¿Qué droga (s) has tomado/usado durante el último mes?

Droga	Días/veces	Edad inicio (años/meses)

2. ¿Has tomado/usado alguna droga en el pasado que no hayas tomado/usado durante el último mes?

Droga	Edad inicio (años/meses)	Edad inicio (años/meses)	Frecuencia

3. Nombra las combinaciones (mezclas) de drogas y/o alcohol que has hecho durante este último mes:

Droga	Días/veces

4. ¿Qué droga o combinación de drogas crees que te crea mayor problema? Haz una lista por orden de problemática.

Droga(s): _____

5. ¿Por qué crees que esa(s) droga(s) es/son la(s) que más te perjudica(n)? ¿Te crean problemas con:

- ☐ Los amigos o la sociedad? ☐ Las leyes? ☐ El trabajo o el sustento económico?
☐ Síntomas psiquiátricos? ☐ La familia? ☐ La escuela?
☐ Pérdida de control y/o deseo compulsivo/ansia de consumir (craving)?

6. Duración de tu último período de abstinencia voluntaria de todas las drogas: _____

7. ¿Cuántos meses hace que finalizó ese período de abstinencia? _____

8. ¿Cuántas veces has experimentado: Pérdidas de memoria (blackouts) por el alcohol? _____
 Sobredosis por drogas (incluidas borracheras)? _____

9. ¿Cuántas veces en tu vida has hecho tratamiento por: Abuso o dependencia de alcohol? _____
 Abuso o dependencia de otras drogas? _____
 Abuso o dependencia de alcohol y otras drogas? _____

COMENTARIOS:

10. ¿Cuántos de esos tratamientos fueron sólo desintoxicaciones de: Alcohol? ____ Drogas? ____
11. ¿Cuánto dinero dirías que has gastado en el último mes en: Alcohol? ____ Drogas? ____
12. ¿Alguna(s) vez/veces has obtenido drogas a través de: Favores sexuales? ____
Actividades ilegales? ____
13. ¿Cuántos días has tenido visita de tratamiento ambulatorio por alcohol u otras drogas durante el último mes? ____
14. ¿A cuántas reuniones de grupos de autoayuda (AA.RR., AA.AA.) has asistido durante el último mes? ____
15. ¿Cuántos días has asistido a los grupos de autoayuda (AA.RR., AA.AA.) desde tu última reunión de seguimiento? ____
16. ¿Cuántos días has tenido visita de tratamiento ambulatorio por alcohol u otras drogas desde tu última reunión de seguimiento? ____
17. ¿Cuántos días has estado ingresado en algún centro hospitalario o residencial por alcohol/drogas desde tu última visita de seguimiento? ____
18. ¿Cuántos días durante el último mes has tenido problemas con: El alcohol? ____ Otras drogas? ____
19. ¿Cuánto te han preocupado durante el mes pasado esos problemas con:

	Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
El alcohol	0	1	2	3	4
Otras drogas	0	1	2	3	4

20. ¿Cómo de importante es para ti ahora el tratamiento para esos problemas con:

	Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
El alcohol	0	1	2	3	4
Otras drogas	0	1	2	3	4

NIVEL DE GRAVEDAD SEGÚN EL ENTREVISTADOR

21. Valoración de la necesidad de tratamiento del paciente debido a abuso o dependencia de:

	No probable	Leve	Moderado	Considerable	Grave
Alcohol	0	1	2	3	4
Otras drogas	0	1	2	3	4

VALORACIÓN DE LA FIABILIDAD DE LOS DATOS

22. ¿La información anterior puede estar distorsionada significativamente por:

Falsas declaraciones del paciente? ☐ Sí ☐ No
Incapacidad por parte del paciente para comprender ☐ Sí ☐ No

COMENTARIOS:

ÁREA ESCOLAR

1. ¿Vas a la escuela/instituto? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Cuántos días has faltado a la escuela/instituto durante el último mes? _____
3. ¿Y en los últimos 3 meses? _____
4. ¿Cuántos días has llegado tarde a la escuela/instituto en el último mes? _____
5. ¿Y en los últimos 3 meses? _____
6. ¿Cuántos días te han castigado en el pasillo o te han expulsado de clase o has estado en el despacho del director de la escuela por mal comportamiento en clase (problemas de disciplina) en el último mes? _____
7. ¿Y en los últimos 3 meses? _____
8. ¿Cuántos días has estado expulsado de la escuela/instituto durante el último mes? _____
9. ¿Y en los últimos 3 meses? _____
10. ¿Cuántos días te «has saltado» alguna clase («has hecho campana») durante el último mes? _____
11. ¿Y en los últimos 3 meses? _____
12. ¿Cuál fue tu nota media en el boletín de notas de la última evaluación? _____
13. ¿Cuál fue tu nota media en el último curso (terminado)? _____
14. ¿Has ayudado a organizar alguna actividad extracurricular en tu escuela en el último mes? ☐ SÍ ☐ NO
15. ¿Has asistido a alguna actividad extraescolar en el último mes? ☐ SÍ ☐ NO
16. ¿Cómo has estado de preocupado por esos problemas escolares durante el último mes?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

17. ¿Cómo es de importante par ti recibir ayuda o asesoramiento (counselling) para esos problemas escolares?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

NIVEL DE GRAVEDAD SEGÚN EL ENTREVISTADOR

18. Valoración de la necesidad de ayuda escolar (counselling):

No problema	Leve	Moderado	Considerable	Grave
0	1	2	3	4

VALORACIÓN DE LA FIABILIDAD DE LOS DATOS

¿La información anterior puede estar distorsionada significativamente por:

19. Falsas declaraciones del paciente? ☐ Sí ☐ No
20. Incapacidad por parte del paciente para comprender ☐ Sí ☐ No

COMENTARIOS:

ÁREA LABORAL

1. Nivel de educación (último curso acabado): ____ / ____ (años/meses)
2. Si ya no estudia, ¿Cuándo dejó los estudios? ____ / ____ (años/meses)
3. Formación profesional o técnica acabada: ____ / ____ (años/meses)
4. ¿Tienes alguna profesión, oficio o negocio? ☐ Sí ¿Cuál? _____
☐ No
5. Tipo de empleo durante el último mes:
 - ☐ Trabajador o estudiante a tiempo completo (40 h/semana).
 - ☐ Trabajador o estudiante a tiempo parcial (horario regular).
 - ☐ Trabajador o estudiante a tiempo parcial (horario irregular) .
 - ☐ Desempleado.
6. Tipo de empleo durante los últimos 3 meses:
 - ☐ Trabajador o estudiante a tiempo completo (40 h/semana).
 - ☐ Trabajador o estudiante a tiempo parcial (horario regular).
 - ☐ Trabajador o estudiante a tiempo parcial (horario irregular).
 - ☐ Desempleado.
7. ¿Cuánto tiempo ha durado tu período máximo de trabajo/estudio durante el último año? _____
8. ¿Cuántos días te han pagado por tu trabajo durante el último mes? _____
9. ¿Y durante los últimos 3 meses? _____
10. ¿Cuántos días has llegado tarde a tu trabajo durante el último mes? _____
11. ¿Y durante los últimos 3 meses? _____
12. ¿Cuántos días has faltado al trabajo durante el último mes? _____
13. ¿Y durante los últimos 3 meses? _____
14. ¿Cuántos días has dejado de ir al trabajo durante el último mes por estar enfermo? _____
15. ¿Y durante los últimos 3 meses? _____
16. ¿Cuántas veces te han despedido del trabajo durante el último mes? _____
17. ¿Y durante el último año? _____
18. ¿Cuántas veces has dejado un trabajo (por cese de contrato o por voluntad propia) durante el último mes? _____
19. ¿Y durante los 3 últimos meses? _____

COMENTARIOS:

20. ¿Cómo te has sentido de satisfecho con tu rendimiento en el trabajo durante este último mes?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

21. ¿Y durante el último año?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

22. Si está desempleado, ¿cuántos días has estado buscando trabajo durante el último mes? _____

23. ¿Y durante los últimos 3 meses? _____

24. ¿Cuántos días has tenido problemas para encontrar trabajo o bien problemas en el trabajo en el último mes? _____

25. ¿Y en los últimos 3 meses? _____

26. ¿Recibes algún tipo de ayuda económica de algún familiar/amigo o del Gobierno, que suponga la mayoría de tu sustento? _____

27. Si es así, ¿quién te proporciona la mayor parte de tu sustento? _____

28. ¿Qué porcentaje de tus ingresos proviene de actividades ilegales? _____

29. ¿Cuántas personas dependen de ti para la mayor parte de sus necesidades básicas (alimentación, abrigo, vivienda, etc.)? _____

30. ¿Cuánto te han preocupado tus problemas laborales durante el último mes?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

31. ¿Cómo es de importante para ti recibir ayuda (counselling) para tus problemas laborales?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

NIVEL DE GRAVEDAD SEGÚN EL ENTREVISTADOR

32. Valoración de la necesidad del paciente de recibir ayuda (counselling) laboral:

No problema	Leve	Moderado	Considerable	Grave
0	1	2	3	4

VALORACIÓN DE LA FIABILIDAD DE LOS DATOS

¿La información anterior puede estar distorsionada significativamente por:

33. Falsas declaraciones del paciente? ☐ Sí ☐ No

34. Incapacidad por parte del paciente para comprender? ☐ Sí ☐ No

COMENTARIOS:

RELACIONES FAMILIARES

1. ¿Con quién vives actualmente?

- ☐ Con ambos padres (en la misma casa).
- ☐ Con el padre o con la madre (separados).
- ☐ Con otro(s) miembro(s) de la familia. Especificar: _____
- ☐ Con amigo(s).
- ☐ Con novio/a o esposo/a.
- ☐ Solo.
- ☐ En una institución (internado o residencia).
- ☐ Sin vivienda estable.

2. ¿Cuánto tiempo hace que vives en esta situación? _____

3. ¿Estás satisfecho viviendo de esa manera? _____

4. ¿Has tenido conflictos o problemas importantes con tu(s):

	No	Sí	Último mes	Últimos 3 meses
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro/s familiar/es	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutor/responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ¿Cuántas veces/días en el mes pasado? (Anotar en la tabla)

5 bis. ¿Y en los últimos 3 meses? (Anotar en la tabla)

6. ¿Cuánto se ayudan/apoyan entre sí los miembros de tu familia?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

7. ¿Cuánto discuten/pelean entre sí los miembros de tu familia?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

8. ¿Los miembros de tu familia participan juntos en actividades (lúdicas, de recreo, etc.)?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

9. ¿Cuánto se cumplen las normas y obligaciones en tu casa?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

COMENTARIOS:

10. ¿Cómo valorarías el grado de confianza que tienes con tus padres o con tu tutor o la persona que se encarga de ti?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

11. ¿En tu familia es posible expresar los sentimientos y las opiniones y ser escuchado y tenido en cuenta por los demás?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

12. ¿Has sufrido abusos físicos (te han pegado o te han hecho daño) por parte de algún miembro de tu familia durante el último mes? _____

13. ¿Y en los últimos 3 meses? _____

14. ¿Has tenido algún tipo de relación sexual con algún miembro de tu familia (excluido esposo/a) durante el último mes? _____

15. ¿Y durante los 3 últimos meses? _____

16. ¿Cómo de preocupado has estado durante este último mes por tus problemas familiares?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

17. ¿Cómo de importante es para ti recibir ayuda para tus problemas familiares?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

NIVEL DE GRAVEDAD SEGÚN EL ENTREVISTADOR

18. Valoración de la necesidad de ayuda/tratamiento del paciente por sus problemas familiares:

No problema	Leve	Moderado	Considerable	Grave
0	1	2	3	4

VALORACIÓN DE LA FIABILIDAD DE LOS DATOS

¿La información anterior puede estar distorsionada significativamente por:

19. Falsas declaraciones del paciente? ☐ Sí ☐ No
 20. Incapacidad por parte del paciente para comprender? ☐ Sí ☐ No

COMENTARIOS:

RELACIONES SOCIALES/GRUPO DE PARES

1. ¿Cuántos amigos íntimos tienes? _____
2. ¿Cuántos de estos amigos íntimos suelen tomar drogas como:

Alcohol (habitualmente)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cocaína (ocasionalmente)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Marihuana (habitualmente)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Otras drogas ilegales (ocasionalmente)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Cuántos conflictos/discusiones importantes has tenido con tus amigos (excepto novio/a) durante el último mes? _____
4. ¿Y durante los últimos 3 meses? _____
5. ¿Cómo te sientes de satisfecho con el tipo/la calidad de relación que tienes con tus amigos?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

6. ¿Tienes novio/a? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Cuánto tiempo hace que sois novios? _____. / _____. (meses/años)
8. ¿Cuántos/as novios/as has tenido durante el último año? _____
9. ¿Tu actual novio/a suele tomar:

Alcohol (habitualmente)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cocaína (ocasionalmente)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Marihuana (habitualmente)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Otras drogas ilegales (ocasionalmente)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿En cuántas ocasiones has tenido conflictos/discusiones serias con tu novio/a durante el último mes? _____
11. ¿Y durante los últimos 3 meses? _____
12. ¿Cómo te sientes de satisfecho con la calidad de la relación con tu novio/a?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

13. ¿Con quién sueles pasar la mayor parte de tu tiempo libre?

<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Novio/a	<input type="checkbox"/> Amigos (individualmente)	<input type="checkbox"/> Solo/a	<input type="checkbox"/> Grupo, colegas, panda, basca
----------------------------------	----------------------------------	---	---------------------------------	---
14. ¿Cómo has estado de preocupado durante el último mes por los problemas con tus amigos o con tu novio/a?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

15. ¿Cómo de importante es para ti ahora recibir ayuda/tratamiento por los problemas que tienes con tus amigos o novio/a?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

NIVEL DE GRAVEDAD SEGÚN EL ENTREVISTADOR

16. Valoración del grado de necesidad de ayuda del paciente para sus problemas con los amigos:

No problema	Leve	Moderado	Considerable	Grave
0	1	2	3	4

VALORACIÓN DE LA FIABILIDAD DE LOS DATOS

¿La información anterior puede estar distorsionada significativamente por:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 17. Falsas declaraciones del paciente? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 18. Incapacidad por parte del paciente para comprender? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

COMENTARIOS:

ÁREA LEGAL

1. ¿Tu visita a este servicio ha sido motivado o sugerido por el sistema de justicia (juez de menores, oficial de justicia)?

☐ Sí ☐ No

2. ¿Estás en libertad condicional o en libertad bajo palabra (probatoria)? ☐ Sí ☐ No

3. ¿Cuántas veces en tu vida has sido detenido o arrestado por cometer un delito (ofensa criminal)?

<i>Delito (acusación o cargo)</i>	<i>Edad (años/meses)</i>

4. ¿Cuántas de estas acusaciones (cargos) acabaron en sentencia/condena? _____

5. ¿Cuánto tiempo has estado detenido o recluso en un juzgado o centro de menores en toda tu vida? ____ / ____ / ____
(días/semanas/meses)

6. ¿Cuánto tiempo estuviste recluso/encarcelado la última vez? _____

7. ¿Cuál fue el motivo? (Si son varios motivos, escribir el más grave): _____

8. ¿Actualmente tienes algún cargo, juicio o sentencia pendiente? ☐ Sí ☐ No

9. ¿Cuál es el motivo? (Si son varios motivos, escribir el más grave): _____

10. ¿Cuántos días en el último mes has estado detenido o encarcelado? _____

11. ¿Cuántos días durante el último mes has estado involucrado en actividades ilegales (para provecho personal)? _____

12. ¿Qué nivel de gravedad crees que tienen tus problemas legales actuales? (Excluir problemas del orden civil).

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

13. ¿Cómo es de importante para ti recibir ayuda/orientación por esos problemas legales?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

NIVEL DE GRAVEDAD SEGÚN EL ENTREVISTADOR

14. Valoración del grado de necesidad del paciente de recibir ayuda/orientación por sus problemas legales:

No problema	Leve	Moderado	Considerable	Grave
0	1	2	3	4

VALORACIÓN DE LA FIABILIDAD DE LOS DATOS

¿La anterior información puede encontrarse distorsionada por:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 15. Falsas declaraciones del paciente? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 16. Incapacidad por parte del paciente para comprender? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

COMENTARIOS:

ÁREA PSIQUIÁTRICA/PSICOLÓGICA

1. ¿Cuántas veces has estado en tratamiento por un problema psicológico o emocional? _____

¿En el servicio de psiquiatría-psicología de un hospital? _____

¿En un centro ambulatorio o centro privado? _____

2. ¿Has pasado algún periodo significativo (sin que fuera el resultado directo del consumo de drogas) en el que hayas tenido:

	Si	No
Una depresión importante (grave)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad o tensión importante (grave)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delirios (creer cosas que los demás decían que no eran ciertas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alucinaciones (ver u oír cosas que los demás no podían ver/oir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades para concentrarte, recordar o comprender las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades para controlar tu comportamiento agresivo/violento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensamientos (graves) de suicidio (ideas de quitarte la vida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna(s) tentativa(s) de suicidio (quitarte la vida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿Has tomado alguna medicación (prescrita por el médico) para algún trastorno psicológico/psiquiátrico (emocional o de conducta)? _____

4. ¿Cuántos días durante el último mes has experimentado alguno de los anteriores problemas psicológicos? _____

5. ¿Cómo valorarías tu grado de preocupación/malestar por los anteriores problemas psicológicos durante el mes pasado?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

6. ¿Cómo de importante es ahora para ti recibir tratamiento para esos problemas psicológicos?

Nada	Un poco	Medio	Mucho	Extremo
0	1	2	3	4

Los siguientes ítems debe rellenarlos el entrevistador

7. En el momento de la entrevista, el paciente:

	Si	No
Está claramente deprimido/muy reservado/retraído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se muestra claramente hostil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se muestra claramente ansioso/nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene dificultades con la percepción de la realidad, trastornos del pensamiento o ideas paranoides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene dificultades importantes para comprender, concentrarse o recordar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene ideación suicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NIVEL DE GRAVEDAD SEGÚN EL ENTREVISTADOR

8. Valoración del grado de necesidad del paciente de recibir tratamiento psiquiátrico o psicológico.

No problema	Leve	Moderado	Considerable	Grave
0	1	2	3	4

VALORACIÓN DE LA FIABILIDAD DE LOS DATOS

¿La anterior información puede encontrarse distorsionada por:

Falsas declaraciones del paciente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Incapacidad por parte del paciente para comprender?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

COMENTARIOS:

Ficha de evaluación del progreso de cada menor durante la aplicación del programa de tratamiento en el Centro Teresa de Calcuta.

Nombre o código del participante:					
Módulo	Sesión	Fecha	Trabajo	Asimilación	Observaciones
Módulo 1. Información sobre las drogas.	1. <i>Presentación.</i>				
	2. <i>Información sobre el consumo de sustancias.</i>				
	3. <i>Drogas y conducta antisocial en adolescencia.</i>				
Módulo 2. Tomando conciencia, redacción de mi patrón de consumo.	1. <i>Evaluación</i>				
	2. <i>Percepción del riesgo de consumo de drogas</i>				
	3. <i>Modelo final de mi patrón de consumo</i>				
Módulo 3. Reestructuración de mis creencias, las consecuencias de mis consumos.	1. <i>Consecuencias del consumo</i>				
	2. <i>Motivos para consumir drogas</i>				
	3. <i>Análisis funcional del consumo de drogas</i>				
Módulo 4. Fases y procesos del cambio.	1. <i>Evaluación de la disponibilidad cambio</i>				
	2. <i>Estadios de cambio y su aplicación a mi caso</i>				
	3. <i>Entrevista motivacional</i>				
Módulo 5. Opciones de cambio.	1. <i>Abstinencia</i>				
	2. <i>Reducción gradual del consumo</i>				
	3. <i>Sin compromiso de cambio</i>				
Módulo 6. Modificación del estilo de vida asociado al consumo.	1. <i>¿Qué es el estilo de Vida?</i>				
	2. <i>Evaluando diferentes estilos de vida</i>				
	3. <i>Mi estilo de vida durante el consumo</i>				
	4. <i>Plan de cambio personal</i>				
Módulo 7. Deshabitación psicológica y manejo del deseo (craving)	1. <i>Concepto de deseo y sus dimensiones</i>				
	2. <i>Técnicas conductuales</i>				
	3. <i>Técnicas cognitivas</i>				
	4. <i>Técnicas asertivas</i>				
	5. <i>Integración de la intervención</i>				
Módulo 8. Prevención de recaídas.	1. <i>Definición de facto de riesgo y de recaída.</i>				
	2. <i>Identificación de factores y señales de riesgo ante la recaída.</i>				
	3. <i>Plan de riesgo personal.</i>				

Ficha de evaluación del progreso de cada menor durante la aplicación del programa de tratamiento que se completará tras la finalización de cada módulo.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:			
FECHA DE INICIO DE LA TERAPIA:			
RESPONSABLE DE LA TERAPIA:			
EQUIPO TÉCNICO DEL PARTICIPANTE:			
MÓDULOS Y OBJETIVOS	EVALUACIÓN		
<p>Módulo 1. Información</p> <ul style="list-style-type: none"> - El adolescente debe generar un primer vínculo positivo con el terapeuta y el resto de los participantes, propiciando una relación cercana y un clima de participación entre los pacientes. - El adolescente debe poder realizar un análisis del proceso de cambio cognitivo-conductual en las drogodependencias. - Psicoeducar a los adolescentes en drogas: tipos, efectos físicos y psicológicos, efectos en diversos ámbitos vitales, mitos y creencias, ciclo de abuso y dependencia. - El adolescente debe analizar la relación entre conducta antisocial y consumo. 	<table border="1"> <tr> <td>Trabajo realizado:</td> <td>Interiorización:</td> </tr> </table>	Trabajo realizado:	Interiorización:
Trabajo realizado:	Interiorización:		
<p>Módulo 2. Tomando conciencia, redacción de mi patrón de consumo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de cada adolescente de su patrón de consumo. - Análisis de cada joven de la percepción de riesgo que tiene del consumo de drogas. - Desarrollo por parte del adolescente de un modelo final de consumo encaminado a obtener una exhaustiva comprensión de su patrón de consumo, realizando finalmente un plan personal de cambio. 	<table border="1"> <tr> <td>Trabajo realizado:</td> <td>Interiorización:</td> </tr> </table>	Trabajo realizado:	Interiorización:
Trabajo realizado:	Interiorización:		
<p>Módulo 3. Reestructuración de mis creencias, las consecuencias de mis consumos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis funcional por parte del adolescente de sus conductas de consumo, así como de sus motivos para consumir, los efectos que el consumo tiene sobre la propia conducta y los factores de riesgo personales en cada caso concreto. - Modificación de las cogniciones distorsionadas asociadas a los consumos. 	<table border="1"> <tr> <td>Trabajo realizado:</td> <td>Interiorización:</td> </tr> </table>	Trabajo realizado:	Interiorización:
Trabajo realizado:	Interiorización:		

<p>Módulo 4. Fases y procesos del cambio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la posición de los participantes frente al abandono del consumo, concretando estadios y procesos de cambio en cada caso, analizando pros y contras del consumo y fomentando una discrepancia cada vez mayor entre el consumo y los valores de cambio en cada uno de los participantes 	<table border="1"> <tr> <td>Trabajo realizado:</td><td>Interiorización:</td></tr> </table>	Trabajo realizado:	Interiorización:
Trabajo realizado:	Interiorización:		
<p>Módulo 5. Opciones de cambio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar detenidamente las diversas opciones de cambio que presentan los participantes frente al consumo (seguir consumiendo, reducción del consumo o abstinencia). - Analizar las posibles repercusiones de su decisión en diversos ámbitos de su vida. 	<table border="1"> <tr> <td>Trabajo realizado:</td><td>Interiorización:</td></tr> </table>	Trabajo realizado:	Interiorización:
Trabajo realizado:	Interiorización:		
<p>Módulo 6. Modificación del estilo de vida asociado al consumo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adquirir estrategias y técnicas de cambio que ayuden al menor a conseguir el objetivo de cambio más adecuado para su situación personal, todo ello enfocado en la modificación de hábitos básicos de conducta. 	<table border="1"> <tr> <td>Trabajo realizado:</td><td>Interiorización:</td></tr> </table>	Trabajo realizado:	Interiorización:
Trabajo realizado:	Interiorización:		
<p>Módulo 7. Deshabitación psicológica y manejo del deseo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contextualizar el concepto del deseo de consumo. - Aprender a identificar el deseo en situaciones concretas de la vida cotidiana. - Aprender estrategias cognitivas que permitan el manejo de las situaciones en las que aparece el deseo de consumo para poder mantener la abstinencia. 	<table border="1"> <tr> <td>Trabajo realizado:</td><td>Interiorización:</td></tr> </table>	Trabajo realizado:	Interiorización:
Trabajo realizado:	Interiorización:		
<p>Módulo 8. Prevención de recaídas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprender el proceso de recaída. - Elaborar una jerarquía personal de situaciones y señales de riesgo para el consumo, practicando con ellas diversas estrategias específicas, con el fin último de elaborar un plan personal de riesgo con el que prevenir futuras recaídas. 	<table border="1"> <tr> <td>Trabajo realizado:</td><td>Interiorización:</td></tr> </table>	Trabajo realizado:	Interiorización:
Trabajo realizado:	Interiorización:		

INVENTARIO DE GESTIÓN E INTERVENCIÓN PARA JÓVENES (I.G.I.-J)

Código	66950/01/007017		Código de menor	66950		
Sexo	<input checked="" type="radio"/> Varón <input type="radio"/> Mujer					
Edad	15					
Fecha de nacimiento	Día	1 ▼	Mes	Enero ▼	Año	0 ▼
Fecha de la evaluación	Día	▼	Mes	▼	Año	▼
Centro:	Teresa de Calcuta ▼					

1ª Parte: Evaluación de riesgos y necesidades

El IGI-J es una forma de evaluación cuantitativa para el cribado de los atributos de los delincuentes juveniles y de las situaciones relevantes que puede ayudar a decidir sobre el nivel de intervención, supervisión y el tipo de programa más adecuado al caso. Dentro de cada subescala, marque todos los ítems que considere están presentes en la persona evaluada. Si se considera que la subescala contiene elementos que pueden ayudar a la reinserción del joven, indíquelo marcando el cuadrado **Factor Protector**. Podrá encontrar explicaciones detalladas sobre el significado de cada ítem en la guía de utilización del IGI-J.

Delitos y medidas judiciales pasadas y actuales

- ☐ Tres o más medidas judiciales anteriores
- ☐ Incumplimientos y quebrantamientos de medidas judiciales
- ☐ Medidas en medio abierto
- ☐ Internamiento en centro de reforma
- ☐ En el expediente actual tres o más delitos

Comentarios

Fuente de información

Pautas educativas

- ☐ Supervisión inadecuada
- ☐ Dificultad en controlar el comportamiento
- ☐ Disciplina inapropiada
- ☐ Pautas educativas inconsistentes
- ☐ Malas relaciones (padre-joven)
- ☐ Malas relaciones (madre-joven)
- ☐ **Factor Protector**

Comentarios

Fuente de información

Este documento es confidencial. Los datos contenidos son de carácter reservado y sujetos a especial protección por la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y sus normas de desarrollo

La presente aplicación informática ha sido desarrollada y es propiedad de la Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor (ARRMI). Está prohibida su reproducción total o parcial, así como su edición, sin autorización expresa y escrita de esta Agencia. No se permite su utilización aun realizando referencia expresa a su procedencia.

Educación formal/Empleo

Código 66950/01/007017

- ☐ Comportamiento disruptivo en clase/trabajo
- ☐ Daños en la propiedad de la escuela/trabajo
- ☐ Bajo rendimiento académico/laboral
- ☐ Problemas con el grupo de iguales
- ☐ Problemas con los profesores/superiores
- ☐ Absentismo escolar/laboral
- ☐ Desempleo/No busca empleo
- ☐ **Factor Protector**

Comentarios

Fuente de información

Relación con el grupo de iguales

- ☐ Algunos de sus conocidos son delincuentes
- ☐ Algún amigo suyo es delincuente
- ☐ Pocos conocidos son modelos positivos
- ☐ Ninguno/pocos amigos modelos positivos
- ☐ **Factor Protector**

Comentarios

Fuente de información

Consumo de sustancias

- ☐ Consumo habitual de alcohol/cannabis
- ☐ Consumo ocasional de otras drogas
- ☐ Consumo habitual de otras drogas
- ☐ El consumo de drogas interfiere en su vida
- ☐ Delitos relacionados con el consumo de drogas
- ☐ **Factor Protector**

Comentarios

Fuente de información

Este documento es confidencial. Los datos contenidos son de carácter reservado y sujetos a especial protección por la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y sus normas de desarrollo

La presente aplicación informática ha sido desarrollada y es propiedad de la Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor (ARRMI). Está prohibida su reproducción total o parcial, así como su edición, sin autorización expresa y escrita de esta Agencia. No se permite su utilización aún realizando referencia expresa a su procedencia.

Codigo 66950/01/007017

Ocio/ Diversión

- ☐ Pocas actividades organizadas
☐ Malgasta claramente su tiempo de ocio
☐ No demuestra intereses personales
☐ **Factor Protector**

Comentarios**Fuente de Información****Personalidad/ Conducta**

- ☐ Autoestima inflada
☐ Agresividad física
☐ Ataques de cólera
☐ Incapacidad para mantener la atención
☐ Baja tolerancia a la frustración
☐ Sentimientos de culpa inadecuados
☐ Insolente/ agresivo verbalmente
☐ **Factor Protector**

Comentarios**Fuente de Información****Actitudes, valores, creencias**

- ☐ Actitudes procriminales/antisociales
☐ No busca ayuda
☐ Rechaza activamente la ayuda
☐ Desafía a la autoridad
☐ Insensible, poco preocupado por los otros
☐ **Factor Protector**

Comentarios**Fuente de Información**

Este documento es confidencial. Los datos contenidos son de carácter reservado y sujetos a especial protección por la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y sus normas de desarrollo

La presente aplicación informática ha sido desarrollada y es propiedad de la Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor (ARRMI). Está prohibida su reproducción total o parcial, así como su edición, sin autorización expresa y escrita de esta Agencia. No se permite su utilización aun realizando referencia expresa a su procedencia.

Punt.	Delitos Pasados y actuales	Familia	Educación	Grupo de iguales	Consumo de drogas	Ocio Diversion	Personal. Conducta	Actitudes Orientacion
Bajo	x	x	x	x	x	x	x	x
Moderado								
Alto								
F. Protector								

Delitos / Med. judiciales pas. y actuales

Nivel de riesgo	
Bajo (0)	<input checked="" type="checkbox"/>
Moderado (1-2)	<input type="checkbox"/>
Alto (3-5)	<input type="checkbox"/>
Total	0

Consumo de sustancias

Nivel de riesgo	
Bajo (0)	<input checked="" type="checkbox"/>
Moderado (1-2)	<input type="checkbox"/>
Alto (3-5)	<input type="checkbox"/>
Total	0
Factor Protector	

Pautas educativas

Nivel de riesgo	
Bajo (0-2)	<input checked="" type="checkbox"/>
Moderado (3-4)	<input type="checkbox"/>
Alto (5-6)	<input type="checkbox"/>
Total	0
Factor Protector	

Ocio / Diversión

Nivel de riesgo	
Bajo (0)	<input checked="" type="checkbox"/>
Moderado (1)	<input type="checkbox"/>
Alto (2-3)	<input type="checkbox"/>
Total	0
Factor Protector	

Educación formal / Empleo

Nivel de riesgo	
Bajo (0)	<input checked="" type="checkbox"/>
Moderado (1-3)	<input type="checkbox"/>
Alto (4-7)	<input type="checkbox"/>
Total	0
Factor Protector	

Personalidad / Conducta

Nivel de riesgo	
Bajo (0)	<input checked="" type="checkbox"/>
Moderado (1-4)	<input type="checkbox"/>
Alto (5-7)	<input type="checkbox"/>
Total	0
Factor Protector	

Relación con el grupo de iguales

Nivel de riesgo	
Bajo (0-1)	<input checked="" type="checkbox"/>
Moderado (2-3)	<input type="checkbox"/>
Alto (4)	<input type="checkbox"/>
Total	0
Factor protector	

Actitudes, valores, creencias

Nivel de riesgo	
Bajo (0)	<input checked="" type="checkbox"/>
Moderado (1-3)	<input type="checkbox"/>
Alto (4-5)	<input type="checkbox"/>
Total	0
Factor Protector	

Total columna A 0

Total columna B 0

Nivel de riesgo total global	
Suma de totales de las columnas A Y B	0
Bajo (0-8)	<input checked="" type="checkbox"/>
Moderado (9-22)	<input type="checkbox"/>
Alto (23-34)	<input type="checkbox"/>
Muy alto (35-43)	<input type="checkbox"/>

3ª Parte: Evaluación de otras necesidades y consideraciones especiales

Codigo 66950/01/007017

Familia/ Padres

- ☐ Historia de delincuencia habitual padre/madre
- ☐ Familia monoparental
- ☐ Familia reconstituida
- ☐ Padre/madre ausente educativamente
- ☐ Problemas emocionales/ psiquiátricos
- ☐ Uso frecuente asistencia psicológica/médica
- ☐ Uso frecuente recursos asistenciales
- ☐ Abuso de alcohol
- ☐ Abuso de otras drogas:
- ☐ Problemas financieros/ de vivienda
- ☐ Marginalidad
- ☐ Dificultades integración étnicas/ culturales
- ☐ Inmigración
- ☐ Nivel socioeconómico y/o cultural muy bajo
- ☐ Padres poco colaboradores
- ☐ Conflicto marital
- ☐ Padre maltratador
- ☐ Madre maltratadora
- ☐ Trauma familiar significativo

- ☐ Otros

Comentarios (Anotar cualquier consideración relativa al principio de las necesidades incluyendo la necesidad de servicios específicos):

Menor

- ☐ Problemas de salud
- ☐ Minusvalía físico
- ☐ Baja inteligencia / Retraso del desarrollo
- ☐ Dificultades significativas para el aprendizaje
- ☐ Poca habilidad para resolver problemas
- ☐ Procesos de pensamiento rígidos/distorsionados
- ☐ Déficit/exceso habilidades sociales
- ☐ Timidez/ Retraído(a)
- ☐ Baja autoestima
- ☐ Deprimido(a)
- ☐ Intentos de suicidio
- ☐ Diagnóstico de psicosis
- ☐ Diagnóstico de trastorno de comportamiento
- ☐ Niega la responsabilidad de sus actos
- ☐ Baja capacidad empática
- ☐ Baja resistencia a la frustración
- ☐ Conductas adictivas que no suponen consumo de drogas (Messenger, videojuegos...)
- ☐ Actividad sexual inapropiada
- ☐ Actitudes racistas
- ☐ Actitudes sexistas
- ☐ Víctima de abuso físico/ sexual

Este documento es confidencial. Los datos contenidos son de carácter reservado y sujetos a especial protección por la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y sus normas de desarrollo

La presente aplicación informática ha sido desarrollada y es propiedad de la Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor (ARRMI). Está prohibida su reproducción total o parcial, así como su edición, sin autorización expresa y escrita de esta Agencia. No se permite su utilización aún realizando referencia expresa a su procedencia.

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Amenazado(a) por otros

Condiciones de vida adversas

Antecedentes de uso de armas

Antecedentes de piromanía (provocó algún incendio)

Ha estado bajo la tutela/ cuidados de los servicios sociales de protección

Comentarios (Anotar cualquier consideración relativa al principio de las necesidades incluyendo la necesidad de servicios específicos):

Considerando toda la información disponible, proporcione su estimación del nivel de riesgo para este caso. Si su estimación del riesgo difiere de la del inventario, por favor explique por qué

Nivel de riesgo	Motivo
<input type="radio"/> Bajo	
<input type="radio"/> Moderado	
<input type="radio"/> Alto	
<input type="radio"/> Muy alto	

5ª Parte: Nivel de intervención

	Comentario
<input type="radio"/> Administrativo/ burocrático	
<input type="radio"/> Supervisión mínima	
<input type="radio"/> Supervisión media	
<input type="radio"/> Supervisión máxima	

Este documento es confidencial. Los datos contenidos son de carácter reservado y sujetos a especial protección por la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y sus normas de desarrollo

La presente aplicación informática ha sido desarrollada y es propiedad de la Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor (ARRMI). Está prohibida su reproducción total o parcial, así como su edición, sin autorización expresa y escrita de esta Agencia. No se permite su utilización aún realizando referencia expresa a su procedencia.

HIPOTESIS EXPLICATIVA

Codigo 66950/01/007017

(breve explicación del porqué el joven mantiene un comportamiento delictivo)

no incluya mas de 1024 caracteres

--

HIPOTESIS EXPLICATIVA (continuación) *Utilice esta celda solo si es necesario*

--

6ª Parte: Programa de Intervención

1º OBJETIVO GENERAL	
----------------------------	--

A) Objetivo específico	
Educador/Responsable	
Actividad	
Horario/tiempo que se dedica	Fecha de revisión
Lugar de realización	
Recursos a utilizar	

B) Objetivo específico	
Educador/Responsable	
Actividad	
Horario/tiempo que se dedica	Fecha de revisión
Lugar de realización	
Recursos a utilizar	

Este documento es confidencial. Los datos contenidos son de carácter reservado y sujetos a especial protección por la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y sus normas de desarrollo

La presente aplicación informática ha sido desarrollada y es propiedad de la Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor (ARRMI). Está prohibida su reproducción total o parcial, así como su edición, sin autorización expresa y escrita de esta Agencia. No se permite su utilización aún realizando referencia expresa a su procedencia.

2º OBJETIVO GENERAL	
----------------------------	--

A) Objetivo específico	
Educador/Responsable	
Actividad	
Horario/tiempo que se dedica	Fecha de revisión
Lugar de realización	
Recursos a utilizar	

B) Objetivo específico	
Educador/Responsable	
Actividad	
Horario/tiempo que se dedica	Fecha de revisión
Lugar de realización	
Recursos a utilizar	

3º OBJETIVO GENERAL	
----------------------------	--

A) Objetivo específico	
Educador/Responsable	
Actividad	
Horario/tiempo que se dedica	Fecha de revisión
Lugar de realización	
Recursos a utilizar	

B) Objetivo específico	
Educador/Responsable	
Actividad	
Horario/tiempo que se dedica	Fecha de revisión
Lugar de realización	
Recursos a utilizar	

Este documento es confidencial. Los datos contenidos son de carácter reservado y sujetos a especial protección por la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y sus normas de desarrollo

La presente aplicación informática ha sido desarrollada y es propiedad de la Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor (ARRMI). Está prohibida su reproducción total o parcial, así como su edición, sin autorización expresa y escrita de esta Agencia. No se permite su utilización aun realizando referencia expresa a su procedencia.

Codigo 66950/01/007017

4º OBJETIVO GENERAL	
----------------------------	--

A) Objetivo específico	
Educador/Responsable	
Actividad	
Horario/tiempo que se dedica	Fecha de revisión
Lugar de realización	
Recursos a utilizar	

B) Objetivo específico	
Educador/Responsable	
Actividad	
Horario/tiempo que se dedica	Fecha de revisión
Lugar de realización	
Recursos a utilizar	

Observaciones (no incluya mas de 1024 caracteres)

--

Observaciones (si necesita incluir mas observaciones hagalo en la siguiente casilla)

--

Este documento es confidencial. Los datos contenidos son de carácter reservado y sujetos a especial protección por la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y sus normas de desarrollo

La presente aplicación informática ha sido desarrollada y es propiedad de la Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor (ARRMI). Está prohibida su reproducción total o parcial, así como su edición, sin autorización expresa y escrita de esta Agencia. No se permite su utilización aún realizando referencia expresa a su procedencia.

7ª Parte: Revisión de la gestión de la intervención

Codigo 66950/01/007017

	Puntuación previa de riesgo
	Fecha de evaluación previa
0	Puntuación actual de riesgo
	Fecha de evaluación actual

Nivel de riesgo	Previa			Actual		
	Bajo	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Alto
Delitos y medidas judiciales				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pautas educativas				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación y empleo				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relación con grupo de iguales				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de drogas				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocio / Diversión				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal. Conducta				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actitudes valores creencias				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuación global	
Previa	Actual
	<input checked="" type="checkbox"/> Bajo
	<input type="checkbox"/> Moderado
	<input type="checkbox"/> Alto
	<input type="checkbox"/> Muy alto

☐ **Finaliza la intervención.** No hay ulterior derivación ni continua un nuevo programa

Nivel de intervención que se estima (al derivar el caso o finalizar la intervención)			
<input type="radio"/> Administrativo	<input type="radio"/> Mínimo	<input type="radio"/> Medio	<input type="radio"/> Máximo

B. Otros cambios

Indicar cualquier otro cambio en las circunstancias, incluyendo nuevas medidas, compareencias ante el juez u otros contactos, desde la última revisión

Este documento es confidencial. Los datos contenidos son de carácter reservado y sujetos a especial protección por la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y sus normas de desarrollo

La presente aplicación informática ha sido desarrollada y es propiedad de la Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor (ARRMI). Está prohibida su reproducción total o parcial, así como su edición, sin autorización expresa y escrita de esta Agencia. No se permite su utilización aún realizando referencia expresa a su procedencia.

Codigo 66950/01/007017

C. Incumplimientos / Incidencias significativas (acciones desarrolladas/ comentarios)

--

D. Evaluación del programa de intervención (objetivos de la parte 6º)

1º Objetivo

☐ Logrado
(9-10)

Puntuación (0-10)

☐ Parcialmente logrado
(8-5)

☐ No logrado
(4-0)

Comentarios

--

2º Objetivo

☐ Logrado
(9-10)

Puntuación (0-10)

☐ Parcialmente logrado
(8-5)

☐ No logrado
(4-0)

Comentarios

--

3º Objetivo

☐ Logrado
(9-10)

Puntuación (0-10)

☐ Parcialmente logrado
(8-5)

☐ No logrado
(4-0)

Comentarios

--

4º Objetivo

☐ Logrado
(9-10)

Puntuación (0-10)

☐ Parcialmente logrado
(8-5)

☐ No logrado
(4-0)

Comentarios

--

E.T. Comisión de Orientación

Fecha

Educador	
Trabajador Social	
Psicólogo	

Este documento es confidencial. Los datos contenidos son de carácter reservado y sujetos a especial protección por la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y sus normas de desarrollo

La presente aplicación informática ha sido desarrollada y es propiedad de la Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor (ARRMI). Está prohibida su reproducción total o parcial, así como su edición, sin autorización expresa y escrita de esta Agencia. No se permite su utilización aun realizando referencia expresa a su procedencia.

HISTORIAL CRIMINOLÓGICO Y SOCIAL: VERSIÓN JUVENIL (HCS – J) Version 3-12**DATOS DEL MENOR**

Código	66950/01/007017		Código de menor	66950
Sexo: Varón				
Edad	15			
Fecha de nacimiento	Día: 14	Mes: Diciembre	Año: 1997	
Fecha de la evaluación	Día	Mes	Año 2013	
Centro:	Teresa de Calcuta			

Fecha en la que empezó a cumplir la medida actual

Día 17 Mes Enero Año:

Tipo de medida que cumple actualmente

☐ Firme ☒ Cautelar

Nacionalidad Latinoamérica

DATOS DEL EVALUADOR

E. T. Comisión de Orientación	Fecha
Educador	
Trabajador Social	
Psicólogo	

A) DATOS JUDICIALES/ADMINISTRATIVOS**A.1. Medida judicial firme ACTUAL Y PENDIENTES DE CUMPLIR (A rellenar por el ARRM)**

Tipo de delito	Medida Judicial	T.M.I.	T.L.V.	Medida actualmente
Lesiones	RC	0 - 6 m.		Si
No constan otras medidas pendientes				

A.2. Medidas judiciales anteriores y características de los hechos (A rellenar en el ARRM)

Tipo de delito	Tipo de medida Firme/Cautelar	Medida Judicial	T.M.I.	T.L.V.	Medida Cumplida (Si/No)
No constan otras med. anteriores					

A.3. Ingresos en centros de internamiento: Si son más de cuatro, señalar los cuatros últimos. (A rellenar en el ARRM)

Tipo de centro	Fecha de ingreso	Fecha de baja en el centro
No consta	▼	
	▼	
	▼	
	▼	

B) DATOS FAMILIARES y SOCIOECONÓMICOS

B.1. Composición familiar

- ☐ Nuclear
☐ Monoparental
☐ Reconstituida
☐ Protección
☐ No consta

B.1.1. En caso de haber marcado la casilla Protección en el apartado B.1. rellene este desplegable



B.1.2. En caso de haber marcado la casilla Protección en el apartado B.1. y el anterior desplegable, rellene este desplegable



B.2. Tipo de familia



B.2.1. En caso de haber marcado la opción Disfuncional del apartado B.2. marque las opciones que correspondan

- ☐ Multiproblemática
☐ Delincuencia
☐ Factores económicos
☐ Consumos de sustancias
☐ Enfermedad
☐ Problemas relacionales
☐ Maltrato físico padres a hijo/a
☐ Maltrato psíquico padres a hijo/a
☐ Maltrato por abuso sexual
☐ Violencia ascendiente
☐ Violencia de género

B.2.2. En caso de haber marcado la casilla Enfermedad del apartado B.2.1. marque las opciones que correspondan

- ☐ Crónica
☐ Salud mental
☐ Discapacidad

B.3. Parentalidad



B.4. Problemática familiar asociada				
	Padre	Madre	Hermano(s)	Otro
Drogadicción	▼	▼	▼	▼
Alcoholismo	▼	▼	▼	▼
Delincuencia	▼	▼	▼	▼
Enfermedad común grave	▼	▼	▼	▼
Enfermedad mental	▼	▼	▼	▼

B.5. Actividad económica familiar (indique la actividad que mas se aproxime)

Padre	▼
Madre	▼
Hermano(s)	▼
Otro	▼

B.6. Número total de hermanos

B.7. Lugar que ocupa el menor entre los hermanos

B.8. Lugar de origen de los padres

Padre	▼
Madre	▼

B.9. Estilo Educativo Familiar

Padre	▼
Madre	▼

B.10. Hubo intervenciones sociales anteriormente con la familia: ▼

<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Ambos progenitores
<input type="checkbox"/> Hermano(s)	<input type="checkbox"/> Otros familiares	

B.11. Tipo de vivienda donde residía antes de cumplir la medida judicial

B.12. Régimen de la vivienda donde residía antes de cumplir la medida judicial



B.13. ¿Presentaba la zona residencial algún problema social significativo? (*Chabolismo, marginalidad, déficit grave de recursos sociales, etc*)

B.14. Número de cambios de domicilio de la familia en los últimos cinco años (*Contar los cinco años anteriores a la fecha de evaluación del menor*)



B.15. Motivos del ultimo cambio

B.16. Nivel socioeconómico y cultural (*Puntúe en función de los datos familiares y de las variables anteriores consideradas en este apartado*):

B.16.1. Nivel socioeconómico

B.16.2. Nivel cultural

C) ESCOLARES/FORMATIVOS

C.1. ¿Estaba el menor escolarizado en el momento de ser denunciado?

▼

C.2. Nivel real formativo aproximado.

▼

C.3. ¿Presenta en su historial educativo situaciones de absentismo escolar?

| ▼ |

C.4. ¿Presenta en su historial educativo alguna situación de abandono escolar? *(Se considera abandono cuando el menor ha faltado a clase en un periodo superior a tres meses seguidos)*

▼

C.5. Repitió curso alguna vez?

▼

C.5.1. En caso afirmativo ¿Cuántas veces?

C.6. Su rendimiento escolar en los últimos meses puede considerarse:

▼

C.7. Ha presentado en el contexto escolar comportamientos disruptivos que han supuesto expulsiones reiteradas? (dos o mas en un curso)

▼

C.7.1. En caso afirmativo indique el motivo

▼

C.7.2. En caso de un motivo distinto indique cual ha sido. *(Puede indicar si no se sabe o no consta)*

C.7.3. Tipo de comportamientos disruptivos presentados

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desobediencia | <input type="checkbox"/> Insultos compañeros |
| <input type="checkbox"/> Insultos adultos | <input type="checkbox"/> Hurtos o daños |
| <input type="checkbox"/> Peleas con compañeros | <input type="checkbox"/> Acoso escolar. |
| <input type="checkbox"/> Enfrentamiento grave con adultos | |

C.7.4. ¿Los comportamientos anteriores eran frecuentemente de tipo violento o agresivo?

▼

D) LABORALES (sólo mayores de 16 años).

D.1. ¿El menor se ha incorporado al mercado laboral?



D.2. La Finalización de el(los trabajo/s se produce por:

▼

D.2.1. En caso de que la respuesta D.2. se conteste con la opción otros indique cual ha sido el motivo de la finalización

D.3. ¿Qué hace el menor con los ingresos percibidos?



E) GRUPO DE RELACIÓN. OCIO Y TIEMPO LIBRE

E.1. Características del grupo de referencia antes de cumplir la medida *(Puede consignarse más de un tipo de relaciones si son estables y continuadas)*

- ☐ Carencia de relación/es estable, aislamiento social.
- ☐ Normalizados, sin una problemática destacable.
- ☐ Grupo de relación disocial.
- ☐ Grupos violentos-disociales.
- ☐ Banda o grupo con cierta organización (latina, skins...)
- ☐ Grupo de relación de edad mayor que él

E.2. El papel del menor en su relación con el grupo puede definirse como:

|

▼

|

E.3. *(Preguntar directamente al menor)* ¿Cuántos amigos íntimos(as) tienes? No incluyas a tus hermanos (as)



E.4. *(Preguntar directamente al menor)* En comparación con jóvenes de tu misma edad:

E.4.1. ¿Cómo te llevas con tus hermanos?



E.4.2. ¿Cómo te llevas con otros jóvenes?



E.4.3. ¿Cómo te comportas con tus padres?



E.4.4. ¿Cómo haces las cosas por ti mismo?



E.5. Uso del ocio y del tiempo libre antes cumplir la medida (rellene la tabla de frecuencias que se presenta a continuación señalando la opción más correcta del desplegable de la derecha):

1. Ir a pubs, bares, discotecas	▼
2. Estar en la calle, en una plaza o parque con amigos charlando, pasando el rato	▼
3. Estar en la calle, en una plaza o parque haciendo el "botellón" y fumando "porros"	▼
4. Ir al cine o al teatro	▼
5. Practicar deportes habituales en grupo/individual (Fútbol, baloncesto, tenis, ciclismo, footing...)	▼
6. Practicar deportes de riesgo (puenting, carrera de coches, escalada...)	▼
7. Ir a conciertos, a eventos deportivos	▼
8. Ir a casa de un amigo/familiar (fiesta, cenar, jugar a la play...)	▼
9. Participar en una asociación o grupo	▼
10. Ir de excursión (campo, montaña, a una ciudad...)	▼
11. Salir al campo de acampada, hacer senderismo, ir de pesca...	▼
12. Realizar actividades culturales como ir a un parque temático, planetario, museo...	▼
13. Estar en la calle sin ningún objetivo	▼
14. Pasar el tiempo ociosamente en centros comerciales	▼

E.6. ¿Coincide el tipo de ocio actual (aquel que realiza, en su caso, durante el disfrute de salidas) con el ocio anterior al cumplimiento de la medida?



E.7. ¿La comisión del delito motivo del expediente la realizó en compañía de miembros de alguno de sus grupos de relación?



E.8. Cuando consume drogas ¿lo hace en compañía de miembros de alguno de sus grupos de relación?



F) CONDUCTAS ADICTIVAS. CONSUMO DE DROGAS/ALCOHOL

F.1. ¿Consume o ha consumido drogas o alcohol alguna vez en su vida? ¿En caso negativo continúe la evaluación en el apartado G - Salud Mental



F.2. Caracterice los hábitos de consumo en los últimos 12 meses (Valore la información sobre consumo durante los permisos, los controles de consumo, sanciones relacionadas con el tráfico de drogas, etc.)

Sustancia de consumo	Duración del consumo (meses)	Frecuencia de consumo
Alcohol		▼
Cannabis		▼
Cocaína		▼
Heroína		▼
Drogas sintéticas		▼
Anfetaminas		▼
Benzodiacepinas		▼
Otras		▼

F.3. ¿Hay evidencia (controles, centros de tratamiento, etc.) de que el menor sigue consumiendo drogas?



F.3.1. ¿Cuál(es) ha(n) sido la(s) principal(es) sustancia(s) de consumo por la(s) que existe esa evidencia? Responda solo en caso de haber contestado afirmativamente la casilla F.3.

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Drogas sintéticas |
| <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> Anfetaminas |
| <input type="checkbox"/> Cocaína | <input type="checkbox"/> Benzodiacepinas |
| <input type="checkbox"/> Heroína | <input type="checkbox"/> Otras |

F.4. Tratamiento, PREVIO al cumplimiento de la medida por consumo de sustancias



F.4.1. Rellene esta casilla solo en caso de responder afirmativamente a la anterior casilla. ¿Como fue el tratamiento?



F.4.2. ¿Cuál(es) ha(n) sido la(s) principal(es) sustancia(s) de consumo por la(s) que ha estado en tratamiento? Responda solo en caso de haber contestado afirmativamente la casilla F.4.

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Drogas sintéticas |
| <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> Anfetaminas |
| <input type="checkbox"/> Cocaína | <input type="checkbox"/> Benzodiacepinas |
| <input type="checkbox"/> Heroína | <input type="checkbox"/> Otras |

F.4.3. ¿Qué tipo/s de tratamiento/s ha seguido? Responda solo en caso de haber contestado afirmativamente la casilla F.4.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mantenimiento con metadona | <input type="checkbox"/> Apoyo psicofarmacológico |
| <input type="checkbox"/> Libre de drogas/intervención psicosocial | <input type="checkbox"/> Hábitos de salud/educación para la salud |
| <input type="checkbox"/> Programa de reducción de daños | <input type="checkbox"/> Otras |

G) SALUD MENTAL

G.1. ¿Consta en el expediente/protocolo (actual o pasado) algún tipo de informe psicológico y/o diagnóstico?



G.1.1. En caso afirmativo indicar el problema psicológico y/o diagnóstico

G.1.2. ¿Lo considera correcto?



G.1.3. ¿Se han producido intervenciones terapéuticas como consecuencia del/de los problemas psicológicos y/o diagnósticos identificados anteriormente?

G.1.4. En caso de que se hayan producido intervenciones indique cual o cuales

G.2. ¿Ha habido intentos de suicidio en el pasado y/o actualidad?

G.2.1. En caso afirmativo ¿cuantos?

G.3. ¿Consta en el expediente (actual o pasado) algún tipo de diagnóstico de psicosis?



G.3.1. En caso afirmativo, ¿la patología puede haber sido inducida por consumo de drogas?



G.4. ¿Considera que el menor presenta algún tipo de trastorno aunque no haya sido diagnosticado?
¿De qué tipo?

H) PERSONALIDAD/CONDUCTA

H.1. ¿El menor ha presentado conductas violentas en los últimos 12 meses incluidos los hechos motivo del expediente (peleas, agresiones, golpes...)?



H.2. ¿Los hechos motivo del expediente han conllevado empleo de violencia física o amenazas?



H.3. ¿El menor presenta alguna de las siguientes características en su personalidad?

- ☐ Dificultad grande para ponerse en el lugar del otro
- ☐ Frialidad emocional
- ☐ Manipulación frecuente de los otros
- ☐ Falta de remordimientos
- ☐ Insensibilidad
- ☐ Mentira frecuente
- ☐ Afecto superficial
- ☐ Simulación emocional (p.ej., conducta de arrepentimiento fingida)
- ☐ Problemas tempranos de conducta
- ☐ Conducta sexual impersonal